

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 janvier 1899, à 1 heure

Par PAUL MORELY

Né à Argentat (Corrèze), le 19 août 1872

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Membre correspondant de la Société Anatomique

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ESSAI SUR L'OUVERTURE

DES

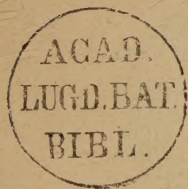
COLLECTIONS ANNEXIELLES

PAR LA VOIE VAGINALE

(PROCÉDÉ DE M. LE DOCTEUR CHAPUT)

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. TROISIER, } agrégés.
 FAURE, }
 LANGLOIS, }



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N...
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	{ POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	JOFFROY
Clinique d'accouchement.....	{ RAYMOND
	DUPLAY.
	LE DENTU
	{ TILLAUX.
	BERGER.
	PANAS.
	GUYON.
	{ PINARD.
	BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE MÈRE

A MON BON PÈRE

MON PREMIER ET MEILLEUR MAÎTRE

Faible témoignage de respect filial.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE
ET EN PARTICULIER

A M. LE PROFESSEUR CAUBET.

A MES MAITRES DANS L'EXTERNAT ET L'INTERNAT
DES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR LEJARS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

M. LE DOCTEUR THIBIERGE

MÉDECIN DES HOPITAUX.

M. LE DOCTEUR GALLIARD

MÉDECIN DES HOPITAUX.

M. LE DOCTEUR CHAPUT

CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES

M. LE PROFESSEUR LÉON LE FORT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. LE PROFESSEUR STRAUS

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A MES MAITRES INTÉRIMAIRES

DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS GUILLEMAIN, LAFFITTE
ET MACAIGNE.

Que notre président, M. le Professeur BERGER, veuille bien agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Étant interne dans le service de M. le D^r Chaput à l'hôpital Tenon, nous avons eu l'honneur de voir notre excellent maître pratiquer un certain nombre de fois l'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale.

Les superbes résultats obtenus par sa méthode nous ont tellement frappé, qu'ayant résolu d'étudier à fond cette question, nous n'avons pas hésité à en faire le motif de notre thèse inaugurale.

Notre maître, M. Chaput, nous a encouragé dans cette voie et pour faciliter notre tâche a bien voulu nous livrer toutes ses observations. Nous tenons à l'en remercier d'abord et ensuite à lui témoigner publiquement toute notre reconnaissance pour les bons conseils qu'il nous a prodigués et l'amitié précieuse qu'il nous a constamment témoignée.

Puisse ce modeste travail refléter assez fidèlement l'enseignement que nous avons reçu de lui et dont nous conserverons toujours le souvenir.

INTRODUCTION

Des voies usuelles, suivies par les chirurgiens pour la cure opératoire des collections suppurées des annexes.

Comme le fait à juste titre remarquer Legueu (1), le traitement des lésions inflammatoires des annexes a subi bien des fluctuations selon les idées que les gynécologues se faisaient sur le siège et l'origine des abcès pelviens.

Dans une première période qu'on pourrait qualifier de *pré-historique*, et sur laquelle nous nous proposons du reste d'insister, on confondait sous les termes vagues de pelvi-péritonite et d'hématocèle, toutes les lésions qui avaient pour point de départ une inflammation de la trompe ou de l'ovaire.

Dans ces cas-là on ouvrait par le cul-de-sac postérieur, les collections qui venaient y pointer et il n'était nullement question à cette époque, pour les aborder, de suivre une voie différente.

Cette méthode de l'*incision* ou de la *ponction*, car beaucoup craignaient encore le bistouri, régna en maîtresse souveraine jusqu'à la découverte de Lawson Tait et même un peu après, découverte qui devait bouleverser nos connaissances anatomiques sur l'origine des abcès intrapelviens et orienter vers une voie plus hardie la thérapeutique chirurgicale des supurations pelviennes.

(1) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, *Traité de gynécologie*, Paris, 1898.

Lawson Tait, en montrant que les affections communément appelées, cellulite pelvienne, phlegmon périutérin, pelvi-péritonite, étaient dans la majorité des cas des poches tubaires suppurées, facilement énucléables et par ce fait très accessibles par l'abdomen, sous le couvert de l'antisepsie, substitua à la vieille méthode de l'incision, une méthode tout inédite, *la salpingectomie*.

Sa conduite fut rapidement imitée par les chirurgiens de tous les pays, et pour ne citer que des noms français, Terrier, Terrillon, Pozzi, Bouilly se réclamèrent de sa doctrine et se firent les vulgarisateurs de son procédé opératoire. La salpingo-oophorectomie, devenue de ce fait pour tous les gynécologues une opération usuelle, a eu un énorme succès et est encore très suivie et très appréciée.

Mais à mesure que grandissaient la vogue et les succès de la salpingectomie, et presque dès l'origine, les chirurgiens s'aperçurent aussi des graves défauts, des points faibles que présentait cette méthode ; ils s'aperçurent que, dans bien des cas, ce n'est pas impunément qu'on peut extraire par l'abdomen les collections purulentes de la trompe ou de l'ovaire. Souvent, le détachement d'adhérences entre la trompe et les organes pelviens, la mise en place de pinces sur les attaches friables de l'oviducte, les tractions exercées sur elles, provoquent leur rupture, d'où irruption dans la grande séreuse péritonéale de parcelles purulentes et ensemencement direct du péritoine. D'autre part, il arrive fréquemment qu'après l'opération, on observe des hémorrhagies en nappe au niveau des adhérences ou en jet au niveau des pédicules, complications toujours graves pour la malade, et trop souvent funestes. Nous ne faisons pas entrer en ligne de compte les déchi-

rures de l'intestin ou de la vessie qu'il est permis à un opérateur prudent d'éviter, dans la plupart des cas tout au moins.

Il est vrai que, dans ces dernières années, quelques modifications heureuses apportées à la technique de l'ablation des annexes par la voie haute, ont permis d'abaisser considérablement la mortalité opératoire. Nous avons en vue, l'adoption du plan incliné, la pratique du drainage, et la protection du péritoine par les compresses aseptiques interposées entre les poches purulentes et les anses intestinales. Malgré toutes ces précautions et perfectionnements, la mortalité post-opératoire est assez considérable. Quelques statistiques récentes en font foi.

Jacobs (1), après avoir compulsé la statistique des meilleurs chirurgiens, tels que Terrier, Terrillon, Doyen, Schauta, Chroback, Zweifel, Martin, Lawson Tait, Dubois et Gallet et lui-même, arrive à donner un chiffre de léthalité qui est de 5, 7 pour 100.

Bardenheuer (2), analysant 1625 laparotomies, compte 92 morts, ce qui fait 5, 6 au pourcentage, résultat, comme on le voit, sensiblement analogue au précédent.

De plus, grave reproche à faire à une méthode qui se prétend radicale, c'est qu'elle est dans quelques cas forcément *incomplète*. Par ce procédé, on laisse encore dans le ventre un organe malade, l'utérus, qui, par la suite, pourra être la cause de sérieux mécomptes, de par les douleurs qu'il occasionne, les sécrétions anormales et pathologiques dont il est le siège et enfin par sa situation même, en rétroversion. Pour en donner une idée, rappelons simplement que Richelot

(1) JACOBS, *Annales de gynécologie*, 1894.

(2) BARDENHEUER, cité par BOUILLY, *Congrès de Genève*, 1896.

sur 300 laparotomies, pratiquées pour lésions bilatérales des annexes, a dû recourir 53 fois à l'hystérectomie vaginale secondaire, pour remédier aux souffrances des malades salpingectomisées, par la voie haute.

Segond (1) a dû de même sur 200 malades laparotomisées pratiquer 9 fois l'hystérectomie vaginale.

Péan du reste, qui le premier et de propos délibéré avait dès 1887 pratiqué l'hystérectomie vaginale, pour lésions annexielles suppurées et bilatérales, et bien d'autres avec lui, s'étaient aperçu des desiderata de l'opération de Lawson Tait. Aussi, les chirurgiens, imitant en cela l'exemple du maître, ne tardèrent-ils pas à aller vers la nouvelle méthode, qui, entre autres avantages, avait ceux de ne pas créer de cicatrice abdominale et de ne pas provoquer ainsi une éventration secondaire, d'enlever cet utérus parfois si gênant à la suite de la salpingectomie simple et en outre d'ouvrir aux abcès pelviens une voie déclive, naturelle, facile à suivre pour leur évacuation. Enfin, Péan jugeait que l'hystérectomie vaginale était moins grave, au point de vue du traumatisme opératoire que la salpingo-oophorectomie abdominale. La méthode de Péan fut appliquée alors universellement pendant dix ans, elle battit en brèche l'opération de Tait et arriva à se substituer bien souvent à elle. Nous devons dire qu'à l'heure actuelle cette période *héroïque* semble subir une éclipse, peut-être définitive, grâce à la vulgarisation de la méthode américaine sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Il ne nous appartient pas de mettre ici en valeur les avantages et les inconvénients de l'opération de Péan. Les sociétés

(1) SEGOND, thèse de BAUDRON, Paris.

savantes retentissent encore des discussions nombreuses qu'elle a suscitées et qui ne sont pas prêtes à s'éteindre. Nous voulons simplement, pour juger de sa valeur, rapporter quelques statistiques, qui mieux que les discussions apportent de la clarté au débat.

Segond, qui a tant fait pour vulgariser l'opération de son maître, publie en 1893 sa statistique. Elle est basée sur 200 observations. A n'envisager que la mortalité brute, nous la trouvons de 7 p. 100, mais si on fait l'analyse de 14 décès, on voit qu'il est juste d'en défalquer 10, qui se seraient vraisemblablement produits avec n'importe quel genre d'intervention, les malades hystérectomisées étant dans un état extrêmement précaire.

Sur 690 cas, publiés par Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart et Jacobs, nous trouvons une mortalité de 3,5 p. 100.

Enfin, Bardenheuer, cité par Bouilly, sur 1113 hystérectomies vaginales faites par divers opérateurs, arrive au chiffre de 3,5 p. 100.

Si, maintenant, nous comparons les deux statistiques de Bardenheuer, on voit celle ayant trait à la salpingectomie adominale simple donner une mortalité de 5,9 p. 100 avec les risques d'une hystérectomie secondaire, tandis que celle de l'hystérectomie vaginale primitive est seulement de 3,5 p. 100.

Donc, en matière de conclusion, nous dirons qu'en temps que moindre gravité opératoire et résultat définitif, l'avantage reste à l'hystérectomie vaginale.

Les succès de l'hystérectomie vaginale en étaient là, son triomphe définitif paraissait assuré, lorsque certains chirurgiens américains, rompus à la pratique journalière de la lapa-

rotomie, imaginèrent d'enlever par la voie haute, à la fois et les annexes et l'utérus, réalisant ainsi l'opération idéale au point de vue radical, la castration abdominale totale.

C'est *Polk* de New-York (d'après *Trawis Gibb*) (1), qui d'une façon fortuite pratiqua la première castration totale pour lésions suppurées des annexes.

Le 13 février 1892, ayant ouvert le ventre d'une malade qu'il croyait atteinte de fibrome utérin, il fut tout surpris de rencontrer des lésions tubaires avancées et il enleva utérus et annexes. La malade guérit.

Krug (2) de New-York a également et presque simultanément (en 1892) fait la même opération.

Baldy (3) de Philadelphie, publie en 1893 un mémoire où sont consignés 8 cas de castration abdominale totale avec 8 cas de guérison. En 1894, le même auteur publie une nouvelle statistique de 14 cas, avec le même succès, ce qui fait en tout 22 opérations avec 22 guérisons.

Brown (4) de Chicago, enhardi par les succès de la castration abdominale totale, étend son domaine non seulement aux cas de pyo-métrites diffuses. En France, la conduite des chirurgiens américains ne tarda pas à être imitée.

Notre maître, *M. Chaput* (5), a le premier en France exécuté l'hystérectomie abdominale totale pour lésions salpingiennes, par le procédé d'hystérectomie vagino-abdominale fermée.

(1) TRAWIS GIBB, *New-York journ. of gyn. and obstetrics*, 1894.

(2) KRUG, *Trans. of the americ. gyn. Soc. in Am. journ. of obstetrics*, 1894.

(3) BALDY, *Philadelphie obst. soc.*, 5 octobre 1893 et *Americ. j. of obstetrics and diseases of Women and Children*, 1894.

(4) BROWN, *Chicago med. Times*, 1893, XXV.

(5) CHAPUT, *Soc. obstétricale et gyn. de Paris*, janvier 1894 et *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1894.

Delagenière (1) (du Mans) la pratiqua le second de propos délibéré le 20 janvier 1894. Il rapporte quatre beaux succès par cette méthode.

Hartmann (2) essaie aussi le procédé américain et se déclare enthousiaste de la méthode. En effet, sur dix-huit malades à qui il a fait la castration abdominale totale, il a eu 18 succès. Les dix-huit cas se décomposent ainsi :

Annexites bilatérales : 12 dont 9 suppurées.

Epithélioma du corps utérin : 1.

Fibromes du corps utérin : 5 (desquels un pourrait être rangé parmi les annexites, car il s'agissait d'un petit utérus fibromateux avec double hydrosalpinx.

Comme Krug en Amérique, Bardenheuer en Allemagne, Hartmann pratiqua l'ablation de l'utérus dans tous les cas où l'état des annexes est tel qu'il doit les sacrifier des deux côtés et dit être conduit à poser ce principe, par la comparaison des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale avec ablation simultanée des annexes et de la castration abdominale annexielle.

Bardenheuer (3) sur 40 castrations abdominales totales a eu deux morts, mais aucune des survivantes n'a eu à se plaindre d'incommodités ou de douleurs.

Comme on le voit, il ne faut pas douter, en présence d'aussi excellents résultats, que cette nouvelle opération ne fasse exécuter aux chirurgiens amateurs d'opérations radicales un véritable changement de front. Déjà, les partisans les plus convaincus de l'hystérectomie vaginale se mettent à l'étudier

(1) DELAGENIÈRE, *Congrès français de chirurgie*, Lyon, 1894.

(2) HARTMANN, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897, t. 11, p. 1.

(3) In BLIESENER, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynæcologie*, Berlin, 1896.

et en font un vif éloge (1). La castration abdominale est appelée dans un avenir très rapproché à supplanter absolument la salpingo-oophorectomie simple et à diminuer de beaucoup le nombre de cas susceptibles d'être traités par l'hystérectomie vaginale.

A égalité de gravité opératoire, ce qui du reste n'est pas le cas, la castration abdominale totale doit être préférée à la double salpingo-oophorectomie. C'est une opération évidemment plus radicale. L'utérus qu'on laisse après l'ablation des annexes, n'est pas seulement un utérus inutile, c'est un utérus dangereux, car il est également malade et cet utérus infecté peut disséminer dans son voisinage des germes d'infection (Delagenière). De ce fait, il peut causer aux patientes, des complications qui pourraient dans un avenir plus ou moins rapproché justifier une nouvelle intervention par la voie haute ou basse. Pourquoi donc, après avoir risqué les dangers d'une laparotomie, ne pas enlever avec les annexes, cet utérus récalcitrant. C'est une question qui recevra très prochainement une solution, et cette solution sera très certainement en faveur de la castration abdominale totale.

Nous disons qu'elle se substituera bien souvent à l'hystérectomie vaginale, car elle présente sur elle une gravité moindre, la possibilité par l'ouverture du ventre de faire un diagnostic précis et de limiter, s'il y a lieu, l'étendue de l'intervention. En outre, elle sera plus radicale et plus complète, car on ne sera plus exposé en agissant par le vagin à laisser dans le pelvis, un fond d'utérus, des poches purulentes ouvertes, c'est vrai, mais inenlevables. Nous ne parlons pas des

(1) Voir *Bull. Soc. chirurgie*, 1897, 1898.

blessures de la vessie, de l'uretère, du rectum, qu'on observe encore trop souvent au cours de l'hystérectomie vaginale.

Mais à mesure que l'audace des chirurgiens réalisait des prodiges dans le traitement des suppurations annexielles par ces diverses méthodes, des esprits préoccupés avant tout de conserver la *fonction de l'organe*, se demandaient si, par des moyens plus simples, on ne pourrait aboutir à des résultats analogues.

De cette idée de conservation est née une *méthode dite conservatrice* qui, dans certains cas, a paru donner d'excellents résultats.

Polk (1) le premier remarquant que la cause principale des douleurs abdominales, chez les femmes affectées de phlegmasies tubo-ovariennes, est le tiraillement des adhérences, se met à ouvrir le ventre, à libérer simplement les adhérences et à refermer le tout.

La méthode de Polk a été surtout pratiquée par Hadra (2) qui, sur 31 malades opérées par lui, s'est contenté dans 27 cas de libérer simplement des adhérences. Les malades ont éprouvé un bénéfice sensible de cette intervention dans les périodes qui ont suivi. Toutefois, nous ne pouvons juger avec équité de la valeur de cette méthode, les malades n'ayant pas été soumises à une observation assez prolongée.

En présence de trompes malades et d'ovaires sains, Polk (3) n'hésite pas encore à réséquer simplement les trompes, laissant l'ovaire en place, laissant ainsi aux femmes le bénéfice

(1) POLK, *American J. of obst.*, 1887.

(2) HADRA, *ibidem*, 1887.

(3) POLK, La chirurgie conservatrice des organes pelviens de la femme. *Journal médical de Paris*, 1894.

de la menstruation et l'influence de la sécrétion interne de cet organe. Si les ovaires sont simplement kystiques, il pratique l'ignipuncture.

Une autre méthode conservatrice est celle qui consiste à évacuer par simple expression le contenu purulent de la trompe. *Munde* a pratiqué nombre de fois cette intervention. Après expression manuelle de la trompe malade, il introduit par l'ostium abdominal une sonde cannelée ou tout autre instrument propre au *cathétérisme* et fait ainsi ce que l'on pourrait appeler le *cathétérisme rétrograde de la trompe*.

Dans les cas où les trompes se présentent simplement avec l'ostium abdominal fermé, entièrement ou en partie et qu'elles contiennent un peu de sécrétion muco-purulente, ces conditions indiquent que la fermeture est de date récente. Dans ces cas, il est indiqué d'ouvrir l'ostium, de nettoyer les trompes, de suturer les bords du pavillon et de laisser en demeure l'organe. *Polk* a fait cette opération 12 fois et a été imité par *Gusserow*, *Zweifel*, *Pozzi*, *Legueu*, *Martin*, *Pierre Delbet*, etc.

Telles sont les étapes parcourues par la chirurgie dans le traitement des collections pelviennes et en particulier des suppurations tubaires, les plus fréquentes de toutes.

Nous voyons que si les méthodes ne manquent pas, il est difficile de faire un choix et d'adopter telle ou telle à l'exclusion des autres.

De ces cinq méthodes, les plus chirurgicales, la salpingectomie par la voie haute, l'hystérectomie vaginale, la castration abdominale totale, ont rallié et rallient encore, cela va sans dire, la majorité des suffrages.

C'est même, semble-t-il, faire preuve de *tendances réactionnaires* que de venir, après ces méthodes universellement ac-

ceptées et de pratique courante, préconiser l'ancien procédé de nos pères, la vieille incision de Velpeau et Récamier, même rajeunie sous le couvert d'une instrumentation plus parfaite, et d'une antiseptie rigoureuse.

Eh bien, nous voulons être de ces réactionnaires et nous nous flatterons d'être en bonne compagnie à côté de Laroyenne, Goullioud, Bouilly, Kelly, si comme eux nous parvenons à démontrer que l'ancienne méthode a du bon, qu'il est beaucoup de cas que l'on traite par la laparotomie avec ou sans hystérectomie ou par l'hystérectomie vaginale qui guériraient, traités par la simple incision ou ponction du vagin, tout en faisant courir aux malades des risques infimes et en leur conservant un organe dont la suppression n'est pas exempte de dangers immédiats et de troubles éloignés.

L'exemple, du reste, nous vient de haut et à l'heure actuelle ce sont ceux, Américains ou Français, les plus prompts et les plus habiles à ouvrir le ventre, qui nous invitent à pratiquer des opérations conservatrices.

Et de fait, quand on lit les observations de Laroyenne, de Goullioud, de Polk, de Kelly, on ne peut s'empêcher de déplorer tant d'*immolations* inutiles pratiquées par les hystérectomistes à outrance.

Nous voudrions, nous aussi, à l'aide de quelques pièces justificatives, faire adopter cette manière de voir.

En présence d'une *collection suppurée ou non* des trompes, aiguë ou chronique, collection *accessible* par le vagin (hématosalpinx, hydrosalpinx, pyosalpinx) on doit, à de rares exceptions près, essayer d'évacuer la collection par la ponction à notre manière, ou l'incision, *quitte* plus tard, si cette opération si simple et si peu dangereuse ne suffit pas, à appeler à notre

aide l'intervention par la voie abdominale ou l'hystérectomie vaginale. C'est en pratiquant de propos délibéré cette petite intervention, qu'on aura la satisfaction d'obtenir toujours une amélioration immédiate, quelquefois des guérisons définitives, et qu'enfin en conservant la fonction, on permettra aux femmes d'aspirer aux satisfactions et aux joies de la maternité.

CHAPITRE PREMIER

De la ponction et de l'incision vaginales dans le traitement des affections suppurées des annexes.

A. — Période ancienne.

Les connaissances anatomo-cliniques des anciens médecins, relatives aux phlegmasies des annexes de l'utérus et du péritoine pelvien, se réduisaient à bien peu de chose et, en tout cas, étaient entourées d'une grande obscurité. Quelques observateurs sagaces avaient bien au siècle dernier signalé certaines altérations de la trompe, rencontrées par eux au cours de quelques autopsies, mais ce n'étaient là que des découvertes de hasard.

Astruc (1) en 1761, Krüger (2) de Göttingue en 1782, étudiaient la pathologie des trompes.

Portal (3), dans son *Cours d'anatomie médicale*, publié en 1803, rapporte plusieurs exemples de collections tubaires reconnues par l'ouverture des corps. Les abcès des trompes, dit-il, peuvent être si considérables, qu'au rapport célèbre de Haen, on a trouvé dans les trompes d'une femme de 34 ans dix-huit livres de pus.

Une femme, dont Municks nous a transmis l'histoire, avait

(1) ASTRUC, *Traité clinique des maladies des femmes*, 1761, Paris.

(2) KRÜGER, *Pathologia ovar. muliebrum*, 1782, Göttingue.

(3) PORTAL, *Cours d'anatomie médicale*, t. V, 1803, Paris.

vécu 18 ans avec un ventre ample quoiqu'elle fût d'une maigreur extrême ; étant morte, on l'ouvrit pour reconnaître la cause et le siège d'une pareille intumescence abdominale. La trompe droite dont l'épaisseur était d'un demi-doigt contenait 112 livres d'eau.

Harder parle d'une femme porteuse d'une collection tubaire évaluée à 140 livres d'eau.

Tulpius fait mention d'une personne qui avait dans ses trompes une grande quantité d'humeur purulente.

Sponius, enfin, dit avoir observé deux tumeurs aqueuses des trompes et ajoute que ce ne sont pas les seuls exemples de ces hydropisies qu'on aurait à citer.

Bayley (1), Hooper (2), Davis (3) font des réflexions analogues.

Bien que ces divers exemples démontrent jusqu'à l'évidence que les maladies des trompes n'étaient pas inconnues des anciens médecins, nous pouvons bien dire que leur connaissance n'avait point servi la thérapeutique. Il faut, en effet, arriver jusqu'à la fin de la première moitié de notre siècle pour voir quelques tentatives orientées dans ce sens, tentatives qui vont avoir pour résultats de mieux nous éclairer sur la pathologie des organes pelviens.

Les auteurs qui écrivent en la matière sont peu nombreux tout d'abord. Velpeau, Dupuytren nous font part en quelques leçons de leurs idées pathogéniques et thérapeutiques. Mais c'est surtout Bourdon (4), qui, en 1841, dans un mémoire intitulé :

(1) BAYLEY, *Diseases of the uterus*.

(2) HOOPER, *Morb. anat. of the humors uterus*.

(3) DAVIS, *Obst. medic. and diseases of Women*.

(4) BOURDON, *Revue médicale*, 1841.

Des tumeurs fluctuantes du petit bassin, aborde les inconnues de ce grand problème. Il expose dans son mémoire les idées de son maître Récamier et les siennes propres. Vient ensuite Marchal de Calvi (1), avec son mémoire sur les abcès phlegmoneux intrapelviens.

Il faut reconnaître toutefois que ces auteurs n'ont aucune notion précise du siège véritable et originel des collections pelviennes. Ils constatent un phénomène, un symptôme morbide, une évolution pathologique, ils l'étudient au point de vue exclusivement clinique et subordonnent leur thérapeutique aux idées doctrinales régnantes. Mais bientôt, grâce à Nonat (2), et aux travaux de ses contemporains, quelques notions plus précises vont être mises en évidence, les discussions vont s'élever qui feront apparaître une partie de la lumière, lumière qui brillera de tout son éclat après la découverte mémorable de Lawson Tait (février 1872).

C'est à n'en pas douter à l'École française de 1840 à 1860 que revient le mérite par des observations anatomo-cliniques précises, solidement documentées, d'avoir dissipé la confusion et créé des types nosologiques distincts.

A cette époque, les brillants représentants de l'École française, Valleix (3), Becquerel (4), Gallard (5), Aran (6), Bernutz et Goupil, et bien d'autres encore, mis en éveil par les travaux de Nonat (7), se divisent en deux camps : les uns, à l'exemple de Nonat, trouvent que l'inflammation péri-uté-

(1) MARCHAL (de Calvi), 1846.

(2) NONAT, *Gazette des hôpitaux*, 1850 (n° 25) et 1859, n° 25.

(3) VALLEIX, *Union médicale*, 1853.

(4) BECQUEREL, *Maladies de l'utérus*, 1859, t. 1^{er}.

(5) GALLARD, *Gazette des hôpitaux*, 1855 et *Ann. de gyn.*, 1874.

(6) ARAN, *Maladies de l'utérus*, 1858.

(7) BERNUTZ et GOUPIL, *Archiv. gen. de méd.*, 1857, et *Clin. méd.*, t. II.

rine a son siège primitif dans le tissu cellulaire du petit bassin, tandis que les autres attribuent la prépondérance de l'élément inflammatoire au péritoine de cette région. Les uns tiennent pour la cellulite pelvienne, le phlegmon péri-utérin (Nonat), les autres pour la pelvi-péritonite (Bernutz). Ces discussions n'ont plus d'intérêt pour nous qui actuellement savons, en effet, que l'élément principal, prédominant, primitif des altérations pelviennes, se trouve non plus dans le tissu cellulaire du petit bassin ou dans l'inflammation de la membrane séreuse de cette région, mais ailleurs. Il est remarquable toutefois de voir que si ces opinions étaient excessives dans leur exclusivisme, des types étaient et restaient définitivement créés. La nosologie moderne, en effet, n'a point rayé de son cadre la cellulite pelvienne et la pelvi-péritonite, en tant que lésion primitive, elle a simplement restreint leur importance et d'élément principal qu'elles étaient avant, les a fait passer à un plan beaucoup plus effacé dans la pathologie des organes pelviens.

Un fait nous frappe en effet, comme il n'a pas manqué de frapper nos devanciers, lorsqu'ils lisaient les auteurs qui ont écrit en cette matière, c'est de voir à quel point le rôle des inflammations annexielles était laissé de côté.

A l'autopsie d'une femme morte de cellulite pelvienne pour les uns, de pelvi-péritonite pour les autres, on constatait bien la présence d'énormes pyosalpinx, selon l'expression moderne, mais ces altérations n'apparaissaient, aux yeux des anciens gynécologues, que comme un phénomène secondaire et contingent d'une inflammation plus vieille en date, la cellulite pelvienne ou la pelvi-péritonite. A vrai dire, il n'en pouvait être autrement. Les malheureuses femmes, atteintes

depuis des années de suppuration annexielle étaient, en effet, le plus souvent traitées par des moyens médicaux, de telle sorte que le pus, d'abord localisé à la trompe, en venait peu à peu, à mesure que l'affection avançait en âge, à déterminer des adhérences péritonéo-intestinales, le pus de l'abcès tubaire crevait la trompe, s'échappait dans le péritoine pelvien, produisait des délabrements considérables, décollait les viscères, s'échappait de partout, par des fistules vaginales, rectales, vésicales, de telle sorte qu'à l'autopsie on se trouvait en présence d'un énorme clapier purulent dont il était difficile de comprendre la pathogénie et surtout de déterminer le foyer primitif, principal, des altérations avancées. Au milieu de ce chaos anatomo-pathologique la première hypothèse qui se présenta à l'esprit fut celle de la phlegmasie du tissu cellulaire, de l'adéno-phlegmon du ligament large.

Nonat s'en fit le défenseur. Bernutz crut à son tour que c'était la pelvi-péritonite.

Aujourd'hui que, grâce à la découverte de Lawson Tait, nous pouvons observer ces phénomènes à leur période initiale, commençante, les termes sont renversés. La pelvi-péritonite de Bernutz et Goupil, la cellulite pelvienne de Nonat sont reléguées au second plan et cela à juste titre, car ce sont les altérations des annexes qui sont les premières en date, alors que la cellulite pelvienne ou la pelvi-péritonite ne sont que des affections secondaires pouvant ou non exister concurremment avec les phlegmasies tubaires.

De ces considérations, et c'est là où nous voulons en venir pour ne pas nous écarter de notre sujet, de ces considérations découle avec évidence ce fait, que, si nous voulons savoir quels moyens thérapeutiques employaient nos devanciers

pour évacuer les collections pelviennes et en particulier, les plus fréquentes de ces collections, c'est-à-dire les abcès tubaires, nous sommes obligé de nous reporter à tout ce qui a été écrit sur le traitement des pelvi-péritonites et des phlegmons péri-utérins.

Quels traitements employaient donc les gynécologues pour s'opposer à la marche et à la diffusion des collections pelviennes ?

Les uns, et ils étaient nombreux, considéraient ces collections comme quelque chose de sacré. Il ne fallait point y toucher sous peine de graves mécomptes, et toute tentative aussi bénigne, aussi peu chirurgicale fût-elle, destinée à hâter l'évacuation du pus, était bannie comme dangereuse, en vertu d'idées doctrinales bizarres, sur la marche naturelle des collections du pelvis.

Les autres, moins timorés, se bornaient simplement à déposer des caustiques au fond du cul-de-sac postérieur, allant chaque jour par des escharifications répétées à la recherche de l'abcès.

D'autres enfin, dont on a vu grossir le nombre à mesure qu'avancait la connaissance du siège anatomique des abcès, de leur migration possible, et du danger de leur présence, ne craignaient pas de porter le bistouri ou le trocart au fond du cul-de-sac et d'ouvrir.

Le traitement des collections pelviennes a donc subi, on le voit, bien des fluctuations.

Les abstentionnistes, au nombre desquels nous trouvons Aran, Becquerel, West (1), font valoir en faveur de l'abstention les arguments suivants.

(1) WEST, *Disease of Women*, 1858.

Le pus, disent-ils, n'a guère de tendances à fuser dans les tissus ; le plus souvent, la collection purulente reste intacte au milieu des fausses membranes épaisses qui l'entourent et même en admettant que le pus puisse fuser au loin en diverses directions, rien ne prouve que par l'ouverture artificielle, on puisse s'opposer à d'autres ouvertures spontanées, vers d'autres points et principalement vers le péritoine. On a, en effet, observé plusieurs cas de ces perforations survenues un ou plusieurs jours après ponction de l'abcès. De plus l'ouverture artificielle ne met pas plus que l'ouverture naturelle à l'abri des accidents de fièvre hectique, lesquels, loin de précéder l'ouverture du foyer, lui succèdent ordinairement le plus souvent. On peut donc poser en principe qu'il est plus sage d'abandonner à la nature le soin d'ouvrir les poches purulentes.

Nous comprenons évidemment ces hésitations à une époque où l'antisepsie n'existait point. En effet, il devait se passer là ce qui se passait alors pour toute intervention malpropre. Il est bien certain que si les médecins voyaient les symptômes s'aggraver à la suite de leurs ponctions, incisions ou escharifications d'abcès, c'étaient eux qui étaient cause de tout le mal. Les collections pelviennes une fois ouvertes étaient pansées avec des doigts sales, des objets de pansement malpropres, et à l'infection préexistante, intrinsèque, venait s'ajouter l'infection extrinsèque consécutive. On peut dire, sans exagération, que les médecins de l'époque réalisaient ainsi sans s'en douter et à leur insu de véritables associations microbiennes expérimentales.

D'autres gynécologues, bien qu'effrayés par le bistouri ou le trocart, ne pouvaient se résoudre à l'inaction et à l'expectation.

tative. Ne pouvant ou plutôt n'osant employer des moyens chirurgicaux, ils se rabattaient sur les armes que leur fournissait l'antique médecine (tout gynécologue à cette époque n'était-il pas avant tout, plutôt médecin que chirurgien?).

Usant de caustiques, on les portait au fond du cul-de-sac postérieur. Par des escharifications répétées, on s'acheminait lentement à l'encontre de l'abcès, produisant au fur et à mesure des adhérences entre les divers plans organiques soumis à l'action de la substance escharifiante. On se servait de la potasse caustique ou de la pâte de Vienne.

Cette manière de faire nous semble aujourd'hui plus dangereuse qu'utile et le remède pire que le mal, car combien de malades guéries ont dû conserver des adhérences ou des rétractions cicatricielles entre le col et le vagin !

Nous devons reconnaître, et cela à leur louange, que les médecins employaient surtout les caustiques, lorsque la tumeur avait tendance à se faire voie à travers la paroi abdominale. Cette méthode dans ce cas, n'était pas irrationnelle à une époque où l'ouverture du péritoine était si redoutée et où par conséquent l'introduction de toute parcelle de pus avant adhérences préalables des deux feuillets péritonéaux était suivie d'accidents graves, le plus souvent mortels.

La plupart des gynécologues, il faut bien le dire, n'avaient point des craintes aussi chimériques et nous trouvons réunis dans le travail de Bourdon; les arguments qui militent en faveur de l'intervention.

La tumeur, dit Bourdon, peut prendre un grand développement, le pus peut fuser au loin, produire des désordres et des décollements irréparables ; l'abcès, s'il ne trouve une ouverture pour se faire jour à l'extérieur, peut s'ouvrir dans le pé-

ritoine, par extension de l'inflammation, et si l'ouverture se fait spontanément, ou bien, elle ne se fait que très lentement, en condamnant les malades à des douleurs qu'on aurait pu leur éviter, ou bien, elle se fait en un point défavorable à l'écoulement du pus ; enfin, dans beaucoup de cas, le sujet, considérablement affaibli par une maladie longue et miné par la fièvre hectique, n'est plus en état de faire les frais de la guérison après ouverture de l'abcès, si même, il ne présente des fistules et des suppurations interminables. Il y avait alors, nous l'avons dit, deux façons d'ouvrir les collections du pelvis, ou à l'aide du trocart, ou par le bistouri. Mais avant de décrire ces procédés, rappelons que les chirurgiens redoutaient deux ordres de complications :

1^o La blessure des artères utérines, ou tout au moins d'une grosse artère vaginale, dont l'hémostase aurait été difficile à l'aide des instruments dont on disposait à cette époque.

2^o La crainte d'aller trop loin et de blesser une anse intestinale ou le rectum.

D'où la nécessité pour les opérateurs d'employer des instruments dont on pût régler de façon automatique, pour ainsi dire, le degré de pénétration.

Au dire de Bourdon, c'est Callisen (1) qui le premier osa ouvrir un abcès pelvien par le vagin. Cette conduite fut imitée par Macarn en 1788, qui rapporte en outre trois exemples d'intervention chirurgicale par la voie vaginale.

Pelletan (2), Velpeau (3), Dupuytren (4), Tavignot, Camus, Laugier (5) ont pratiqué cette opération un certain nombre

(1) CALLISEN, *Systema chirurgiæ hodiernæ*, t. II.

(2) PELLETAN, *Gazette médicale*, 1835, p. 544.

(3) VELPEAU, *Médecine opératoire*, t. V, p. 350, 1837.

(4) DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. III, 1839.

(5) LAUGIER, *Dictionnaire de médecine*, t. V, p. 68.

de fois, mais cette méthode fut surtout vantée par Récamier qui même avait fait construire pour cet usage un instrument analogue au pharyngotome.

Cet instrument consistait en un bistouri convexe dont la pointe et le tranchant sont masqués à volonté par une lame d'argent de même forme, mais un peu plus large. Cette lame glisse sur le dos d'un bistouri, au moyen d'une coulisse et se termine du côté du manche par un prolongement qui sert à la faire mouvoir. La femme était couchée sur le dos les cuisses écartées et maintenues par un aide. Introduisant l'index gauche dans le vagin, l'opérateur reconnaissait le cul-de-sac postérieur; puis prenant l'instrument de la main droite, la lame absolument cachée, il le faisait avancer jusqu'au contact de la tumeur. C'est alors seulement que, démasquant la pointe du bistouri d'une longueur donnée, le chirurgien ponctionnait la collection. L'instrument était alors retiré avec les mêmes précautions que lors de son entrée.

L'incision était conduite dans le *sens vertical*, afin de ne pouvoir ainsi intéresser les artères utérines. Mais on comprend aisément qu'une plaie de 4 à 5 millimètres créée par un bistouri risque d'être fort peu suffisante et doive se refermer vite.

Aussi Récamier avait-il toujours l'habitude d'agrandir la plaie avec un bistouri boutonné.

Demarquay (1) était aussi, comme Récamier, franchement interventionniste. Toutes les fois qu'une collection péri-utérine vient faire saillie dans le vagin et que le toucher permet de reconnaître d'une façon manifeste la fluctuation, il faut en

(1) DEMARQUAY, *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 66.

pratiquer l'évacuation, soit en faisant la ponction suivie ou non d'injection irritante, soit en ouvrant à l'aide de l'instrument qu'il a fait construire.

L'instrument de Demarquay se compose d'un manche de 8 centimètres portant une tige d'acier de 20 centimètres terminée par une pointe triangulaire acérée. Sur cette tige en glisse une autre à bords et à extrémité mousses, dont la course bornée à un centimètre et demi environ, est limitée par deux petits clous implantés dans la tige principale.

Le but de cette seconde portion de l'instrument est de protéger les parties molles du contact de la pointe, lorsque la tige protectrice est élevée à son maximum, ou de laisser la pointe libre lorsqu'on attire vers soi avec un des doigts de la main droite, le bouton qui termine inférieurement la tige mousse.

Au-dessus de la tige acérée et soudée avec elle d'une part près du manche, d'autre part près de la pointe, se trouve couchée une canule en maillechort, légèrement aplatie, munie d'un robinet ; cette canule coupée obliquement à son extrémité supérieure de manière que ses bords se continuent insensiblement avec ceux de la pointe acérée, se relève au contraire à angle aigu, non loin du point le plus rapproché du manche, auquel elle est soudée à la tige principale et au-dessous du robinet.

Enfin, entre la tige qui supporte la pointe et la canule plate qui est couchée sur elle, se trouve une mince lame d'acier tranchant sur l'un de ses bords, qui se trouve complètement cachée lorsque l'instrument est fermé et qui au besoin fait saillie, et s'écarte de l'axe de l'instrument à la volonté de l'opérateur, par le même mécanisme à bascule que

celui du lithotome caché muni d'un curseur destiné à régler cet écart (Demarquay).

Aran, lui, qui cependant se résolvait difficilement à l'ouverture du cul-de-sac postérieur, se servait lorsque le besoin s'en faisait sentir, d'un bistouri droit, enveloppé d'une bandelette de diachylon. La pointe était découverte dans une étendue donnée, de telle sorte que le bistouri ne pouvait s'enfoncer que d'une profondeur déterminée.

Restait, pour ces opérateurs, la question des soins post-opératoires. Les uns pratiquaient des lavages dans la poche, les autres abandonnaient l'abcès à sa destinée naturelle.

Le trocart a eu plus de vogue que le bistouri. Chassaignac, qui en avait inventé un, a vulgarisé son usage.

On se servait du trocart droit ou court, capillaire, moyen ou gros. Chaque auteur a sa préférence. En général, on en prenait un du volume du trocart à hydrocèle actuel et on le plongeait au sein de la tumeur.

On ne devait point l'y plonger tout d'un coup cependant et Aran est formel au sujet des règles qui président à l'emploi judicieux de cet instrument. Guidé par l'index gauche, introduit dans le vagin, index qui a reconnu le point culminant de l'abcès, en général au milieu du cul-de-sac postérieur, il est enfoncé d'abord à une très petite profondeur ; on retire le trocart ne laissant dans la plaie que son conducteur, et on voit s'il s'écoule du pus, sinon, il est enfoncé un peu plus profondément. Alors, nouvel examen et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait vu le pus s'écouler.

La ponction une fois faite, on pouvait ou laisser le trocart à demeure, ou bien le retirer. On comprend aisément que, par cette méthode, les collections pelviennes, et en particulier,

les salpinx une fois vidés, devaient se refermer de nouveau et avec d'autant plus de facilité que l'orifice de la fistule se refermait plus vite.

Bernutz et Goupil sont interventionnistes dans une certaine mesure. Ils reconnaissent volontiers que lorsque le cul-de-sac postérieur est bombé par une collection fluctuante il faut l'évacuer, mais ils veulent qu'au moment de pratiquer cette opération le traitement médical ait fait ses preuves. C'est dire que lorsque leurs malades étaient opérées, elles se trouvaient dans un état extrêmement précaire, minées par la fièvre hectique et presque mourantes. De là du reste le peu de succès de leurs interventions.

Gaillard Thomas tient la conduite suivante. Si, chez une malade atteinte d'inflammation péri-utérine, il constate au toucher la présence de collections pelviennes faisant saillie en arrière de l'utérus, il n'intervient pas à la condition que la malade ait un bon état général et laisse l'abcès s'ouvrir spontanément. Mais si la malade se met à avoir de la fièvre, si l'état général est moins bon, il faut faire l'incision du cul-de-sac postérieur.

Spencer Wels est un partisan décidé de l'intervention.

De Sinety, en présence d'une collection péri-utérine, la laisse aller à sa destinée naturelle, pourvu qu'il n'y ait pas de phénomènes généraux, mais dès que surviennent des sueurs abondantes, des frissons répétés, de la fièvre, il faut évacuer.

Gallard attend la fluctuation nette, mais comme elle est difficilement perceptible, l'occasion d'intervenir se présente rarement.

Siredey et Danlos en 1878 se rangent encore à cet avis.

Schrøder (1) écrit en 1885, que, lorsqu'un exsudat volumineux s'est mis à suppurer, ou bien, s'il a été purulent dès le début, il faut lui donner issue, aussitôt qu'on peut le faire sans danger. La meilleure manière, c'est de l'attaquer par la voie vaginale, à moins que la situation élevée de l'exsudat n'y mette obstacle.

L'abcès montre-t-il tendance à s'ouvrir au dehors, on fera une large incision et on laissera couler le pus.

La cavité de l'abcès sera lavée à l'acide phénique, on y mettra un drain et l'on traitera l'affection avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Dans certains cas, des cavités d'abcès énormes se forment avec une rapidité prodigieuse.

D'autres fois ce travail est plus lent et des fistules sécrétant du pus peuvent persister longtemps. Il n'est point nécessaire d'ouvrir les abcès pelviens chroniques, s'ils ne sont pas proéminents. Ils sont souvent difficiles à guérir à cause de la rigidité des parois pseudo-membraneuses de l'abcès dont la cavité ne peut s'affaisser et qui continue pendant longtemps à sécréter du pus.

Emmet (2), en 1887, dit que, lorsqu'il s'agit d'abcès pelviens, on doit s'en tenir aux règles de la chirurgie générale.

Il faut les ouvrir sans attendre qu'ils se frayent eux-mêmes une voie. Il est prudent d'ouvrir l'abcès par le vagin dès qu'on reconnaît la présence du pus, son ouverture doit être suffisamment large pour permettre de faire des lavages dans la cavité.

Il se sert d'eau chaude avec l'acide phénique.

(1) SCHROEDER, *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1885.

(2) EMMET, *Pratique des maladies des femmes*, 1887.

Brickell (1), de News-Orléans, dit que, lorsqu'il y a un abcès pelvien, l'évacuation est de bonne pratique et qu'elle doit se faire par le vagin, le plus tôt possible.

Enfin pour terminer la série Hegar et Kaltenbach (2) se rangent au même avis.

B. — Période actuelle.

« Si la glande mammaire devient le siège d'un abcès, si la tunique vaginale du testicule devient le siège d'une hydrocèle, n'est-il pas plus judicieux d'ouvrir l'abcès, ou de ponctionner l'hydrocèle que d'enlever le sein ou le testicule ? »

MORE MADDEN, *the Dublin J. of med. Sciences*, janvier 1892.

Depuis Velpeau et Récamier, jusqu'à il y a 12 ou 15 ans, nous avons vu la pratique de l'incision vaginale n'être appliquée aux suppurations annexielles que d'une façon aveugle et non systématique.

La découverte de Tait, vulgarisée en France par Terrillon, n'était pas faite en outre pour donner un regain d'actualité à la méthode de l'incision. Cela est tellement vrai que pendant quelques années en France on n'en entendit plus parler. Cette pauvre incision fut tellement dédaignée que, comme le fait justement remarquer Le Dentu, les chirurgiens, qui comme Laroyenne et Bouilly ont fait de sérieux efforts pour la réhabiliter, semblent presque l'avoir inventée à nouveau. Ils ne

(1) BRICKELL, *The proper treatment of pelvic effusion. American journal of the medical sciences* (Philadelphie, 1887).

(2) HEGAR et KALTENBACH, *Traité de gyn. opératoire*, 1885.

pouvaient avoir d'autre pensée que de ramener l'attention de leurs collègues vers une opération injustement pros-crite ou trop négligée.

Ce fut donc le mérite incontestable du professeur Laroyenne de Lyon, d'avoir remis à l'étude le procédé ancien tout en précisant les indications opératoires de la méthode et en en perfectionnant la technique.

M. Laroyenne, dont nous ne voulons pas analyser les travaux, cela ayant été fait ailleurs et par des voix plus autorisées que la nôtre, M. Laroyenne a consacré une série de leçons à l'exposé de sa méthode et, à l'aide d'observations nombreuses publiées par lui ou ses élèves Blanc et Guilloud, nous a édifié sur sa valeur.

La ponction vaginale, suivie de débridement, reconnaît les indications suivantes.

« Elle s'adresse aux *dilatations tubaires*, aux épanchements séreux ou purulents du cul-de-sac de Douglas, aux hématoécèles rétro-utérines, aux abcès paramétritiques.

Il suffit que la collection énorme ou seulement du volume d'une orange ou d'une mandarine, soit bien nettement perçue par le palper bimanuel et que le doigt vaginal ou rectal sente cette collection affleurer le cul-de-sac postérieur, suffisamment pour qu'un trocart puisse l'atteindre, passant entre le rectum en arrière et une ligne rasant la face postérieure du col en avant. Il suffit encore qu'on ait la sensation bien nette qu'il s'agit d'une masse inflammatoire rénitente, car la sensation de fluctuation est trop souvent dissimulée par l'épaisseur d'une coque indurée pour qu'on la regarde comme nécessaire.

Pour ne pas s'exposer à confondre avec un foyer inflam-

matoire un fibrome ou même le fond de l'utérus dévié, il faut au préalable bien préciser la situation de l'utérus par le palper bimanuel, par le toucher rectal, ou, s'il est nécessaire, par le cathétérisme utérin (Gouilloud) (1).

L'opération de Laroyenne (2) se décompose en trois temps :

1° Ponction à l'aide du trocart à canule ;

2° Débridement, à l'aide du métrotome de Simpson introduit fermé et retiré ouvert ;

3° Hémostase.

Nous serons bref sur l'exposé de la technique, elle a été faite avec de grands détails dans la thèse de Blanc (3).

La *ponction* se pratique à l'aide d'un trocart du diamètre de celui à hydrocèle avec courbure et longueur de l'hystéromètre.

La canule est fendue à son extrémité dans la moitié de sa longueur pour pouvoir remplir l'office d'une sonde cannelée. Le trocart aminci en forme de lame dans les 4/5 de sa moitié supérieure a une flexibilité qui lui permet, après avoir traversé la portion rectiligne de la canule, de s'incurver pour franchir son extrémité légèrement recourbée. La ponction que l'on exécute une fois achevée, la présence du liquide bien constatée, pour pratiquer *le débridement*, on introduit dans la cannelure directrice du trocart qui a été laissé en place, un lithotome qui chemine aisément jusqu'à la cavité pathologique. Le lithotome est retiré en divisant les tissus dans une

(1) GOUILLOUD, Débridement vaginal des collections pelviennes. *Archives de toxicologie*, 1891.

(2) LAROYENNE, De la périmérite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente séreuse ou hématique. *Lyon médical*, 1886. Des métrites chroniques simples. *Semaine médicale*, 1886. Des métrites chroniques compliquées d'inflammation péri-utérine. *Semaine médicale*, 1886.

(3) BLANC, *De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents*. Thèse de Lyon, 1887.

ouverture compatible avec l'introduction facile d'un ou deux doigts.

Ce procédé réunit donc les avantages de la sécurité de la ponction à ceux d'une large incision (Laroyenne).

Faisons-nous de dire que sur ce point particulier tout le monde n'est pas du même avis, et quelques auteurs tels que Pozzi (1), Reverdin, Segond, Doyen, n'admettent pas l'utilité du trocart de Laroyenne et insistent sur les dangers du débridement par le métrotome. Régnier, dans un cas, blessa l'uretère en employant l'instrument de Laroyenne.

Du reste presque tous ceux qui vont pratiquer l'ouverture des collections pelviennes par la voie vaginale se serviront simplement du bistouri ou des ciseaux, en se faisant assister par des aides qui maintiendront les valves vaginales.

Pour peu qu'on ait quelque confiance en soi, on pourra même, à l'exemple de Landau (2), pratiquer l'incision vaginale sans le contrôle de la vue, sans spéculum, sans abaissement de l'utérus au moyen d'un bistouri analogue au bistouri pour fistules.

Le thermocautère a été mis en usage une fois par M. Bouilly, qui n'eut pas lieu de s'en féliciter, car il eut une hémorragie inquiétante au huitième jour.

Le travail de Blanc, où sont exposés en détail les principes de la méthode du professeur Laroyenne, permet à son auteur d'apporter 27 observations de débridement vaginal, avec 27 guérisons.

Entre temps, Hervot (3), sous l'inspiration de son maître Tenneson, fait un effort inutile pour remettre en faveur la

(1) *Société de chirurgie*, 1886, 1888. Congrès de Bruxelles.

(2) LANDAU, *Diag. et trait. des collect. tubaires. Congrès de Berlin*, 1890.

(3) HERVOT, *Contribution à l'étude de la périmétrite*. Th. de Paris, 1887.

ponction simple qu'il pratique avec ou sans aspiration pour évacuer des collections du pelvis.

Vuillet de Genève (1) ne devait pas être plus heureux lorsque, cinq ans plus tard, il proposait à son tour de traiter les pyo-salpingites par la ponction simple. Citons pour mémoire sa technique opératoire. Vuillet introduit en plein centre de la tumeur au préalable bien explorée par le palper bimanuel un trocart quelconque. Il ne se sert pour cela ni de spéculum ni de traction sur le col. Si, au bout de 15 jours, le liquide s'est reproduit, il injecte après évacuation préalable quelques centimètres cubes de sublimé à 1/1000. Si enfin, le liquide se reproduit encore, il a cette fois recours à l'incision et au drainage de la poche avec de la gaze. Il se sert pour l'incision d'un couteau analogue à l'uréthrotome.

Cependant, les succès de la méthode dite de Laroyenne, affirmés par Blanc, faisaient quelque bruit et parvenaient même à décider les opérateurs amoureux d'opérations abdominales, à tâter de la méthode. C'est à dater de cette époque que la question de l'incision entre dans une phase vraiment active, bien qu'elle n'ait jamais suscité de violentes discussions ou un très grand enthousiasme.

Les premiers qui en parlent sont pour en médire.

Terrillon (2) déjà en 1886 dit qu'en présence d'une suppuration péri-utérine quelle qu'elle soit, il faut ouvrir et pour cela, il préconise les deux voies vaginale et abdominale, tout en affirmant une préférence marquée pour la seconde.

(1) VUILLET, Technique du trait. des supp. pelviennes par la ponction simple. *Congrès de Bruxelles*, 1892.

(2) TERRILLON, Traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez la femme. *Semaine médicale*, 4 août 1886.

Broca (1) n'a pas une grande confiance en la ponction et en l'incision vaginale dans le traitement des pyo-salpingites. Il croit que, par ce mode de traitement, il résulte la plupart du temps des fistules intarissables et des poches bientôt septiques, et il réserve l'ouverture au bistouri aux cas bien spéciaux où l'on sent la tumeur pointer vers le vagin ou le rectum sous forme d'une bosselure chaude empâtée, prête à s'ouvrir.

Montprofit (1) pense que la ponction simple ne peut être nuisible. Dans le cas d'hydrosalpinx, la guérison pourra être définitive. Quand il y a pyosalpinx au contraire, si la ponction donne issue au pus, le pus se renouvellera infailliblement dans la suite. Quant à l'incision, si elle est exempte de dangers, il ne croit pas qu'elle puisse être une méthode radicale, mais simplement exploratrice.

Quant à Routier (3), Championnière, Trélat, Quénu et Terrillon cette fois, ils ne se préoccupent plus de la voie vaginale et font la laparotomie d'emblée.

En Amérique, Clinton Cushing (4), Gaillard Thomas optent le premier pour la laparotomie dans le traitement des affections suppurées des annexes, le deuxième pour l'incision vaginale, exclusivement.

Parrinh de Philadelphie n'aime pas la ponction. D'après lui, elle ne rend service qu'au diagnostic sans être en aucun point curative.

(1) BROCA, Salpingite et abcès pelviens chez la femme. *Gazette hebdomadaire*, 29 juin 1888.

(2) MONTPROFIT, *Etude chirurgicale sur l'inflammation des organes génitaux internes de la femme*. Thèse de Paris, 1888.

(3) ROUTIER, *Société de chirurgie*, discussion 1888.

(4) CLINTON CUSHING, *Congrès américain de San-Francisco*.

En Allemagne, Meinert (1) a l'occasion de pratiquer l'incision chez deux malades, atteintes l'une de pyosalpinx, l'autre d'hydrosalpinx. Il a deux guérisons.

Comme on le voit, ce retour offensif de la vieille incision vaginale ne fut pas accueilli avec un bien vif enthousiasme. Il faut en chercher la raison dans ce fait qu'à cette époque l'hystérectomie vaginale (1887) venait d'être inventée, et que moins que jamais les esprits n'étaient préparés à l'exercice de la chirurgie conservatrice.

Gouilloud et Bouilly viennent enfin à une année d'intervalle *relever le prestige* de l'incision, déjà gravement compromis.

Gouilloud, au Congrès français de chirurgie (2), apporte le résultat de 70 ponctions suivies de débridement. Il a trouvé du pus dans 42 cas, de la sérosité dans 17 cas, du sang dans 6 ; la ponction n'a rien donné dans 5 cas. Des guérisons persistantes ont été constatées après une période de deux, trois et cinq ans. Chez d'autres, le retour des douleurs et des poussées de pelvi-péritonite indique une opération plus radicale, l'ablation des annexes.

Bouilly en 1890 (3) appelle l'attention de la Société de chirurgie sur les résultats que lui a donnés l'incision vaginale chez 6 malades opérées par lui à l'aide de ce procédé. Il dit que l'incision vaginale ne sera jamais pour lui qu'une opération de nécessité, la méthode de choix étant la salpingo-oophorectomie par la voie haute. A part cela, l'incision vaginale doit être employée dans certains cas spéciaux, dans les

(1) MEINERT, *Soc. de gynécologie de Dresde*.

(2) GOULLLOUD, tenu à Paris du 7 au 12 octobre 1889.

(3) BOUILLY, *Soc. de chirurgie*, 1890.

cas, par exemple, où l'on a la certitude d'avoir affaire à une poche unique, à un pyosalpinx unilatéral non cloisonné, étant porté par des malades dont la lésion tubaire vient de subir une *poussée aiguë* avec augmentation considérable de la collection et par conséquent recrudescence de la virulence microbienne, ce qui rend l'accès de l'abdomen dangereux. L'évacuation doit se faire au bistouri.

M. Le Dentu est d'un avis analogue, lorsqu'il dit qu'il incise par le vagin les pyosalpinx récents, aigus, et enlève par l'abdomen les pyosalpinx chroniques, à virulence microbienne atténuée.

M. Desprès est un fanatique de l'incision. Il repousse d'une façon absolue la voie abdominale. D'après lui, la salpingite purulente peut guérir spontanément et elle doit guérir par l'évacuation vaginale.

M. Terrier repousse la ponction, qui est une méthode aveugle et infidèle, trop souvent suivie d'accidents sérieux et de fistules nombreuses.

Cette discussion à la Société de chirurgie marque une date mémorable dans l'histoire de l'incision vaginale. Celle-ci rentre dorénavant dans l'arsenal thérapeutique des suppurations pelviennes. Des contradicteurs et des adversaires déclarés s'élèveront encore contre elle, mais elle se maintiendra toujours désormais, quoique en sous-ordre, il est vrai, à côté de la salpingectomie et de l'hystérectomie vaginales. Comment n'aurait-elle pas droit à l'existence en effet, s'il est avéré que par elle, des lésions annexielles graves peuvent guérir, et cela sans compromettre d'une façon définitive les fonctions d'un organe important?

Des travaux nombreux paraissent sur la question.

Bonnecaze (1), tout en reconnaissant les bienfaits de l'incision évacuatrice, dit que parfois elle saura faire mieux encore. Par la *laparotomie vaginale*, on pourra dans certaines circonstances, et il en rapporte des exemples, extirper des petits pyosalpinx. Cornet de Bordeaux (2) a vu deux malades radicalement guéries de poussées aiguës de salpingite, à la suite de l'incision.

Landau (3) pratique de propos délibéré l'incision vaginale lorsqu'il s'agit de pyosalpinx tombés dans le Douglas et manifestement en rapport avec la paroi postérieure du vagin. Si le pyosalpinx adhère, comme c'est la règle, la cavité péritonéale ne sera pas de ce fait ouverte. S'il n'adhère pas, il faut attirer la paroi de la poche au niveau de l'incision, à l'aide des pinces de Péan qui restent en place pendant 24 heures comme s'il s'agissait d'une extirpation de l'utérus. Il insiste sur la nécessité de ne pas laisser fermer la fistule. Les malades opérées ainsi par lui, lui ont donné des guérisons durables, définitives. Il ne reste de l'affection originale que du tissu cicatriciel épais et dur. Il repousse la méthode de Wiedow (incision en deux temps) qui est compliquée et dangereuse. Il réserve la laparotomie aux collections tubaires qui sont en rapport avec la paroi abdominale.

Puisque nous parlons de Wiedow (4), disons un mot de sa méthode qui n'a du reste qu'un intérêt historique, attendu que personne, hormis son auteur, ne l'emploie.

Voici en quoi elle consiste :

(1) BONNECAZE, *Valeur et indicat. de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire ou de la trompe*. Th. Paris, 1889.

(2) CORNET, *Traitement intra-utérin et vaginal des salpingites*. Th. de Bordeaux, 1890.

(3) LANDAU, *loco citato*.

(4) WIEDOW, cité par DELBET.

Faire par le vagin une incision sagittale du cul-de-sac de Douglas.

Introduire un doigt par cette incision et rechercher s'il existe ou non des adhérences entre la masse à ponctionner et les parois pelviennes.

Si on trouve la cavité péritonéale fermée par des adhérences, on incise la trompe. Si la cavité péritonéale est libre, on la tamponne avec de la gaze iodoformée ou sublimée. Attendre quelques jours, puis inciser la tumeur salpingienne quand les adhérences se sont produites. Cette opération est indiquée dans les cas où la tumeur plonge dans le bassin et est immobilisée par des adhérences.

Quand la tumeur est située devant le ligament large et s'étend plus ou moins haut du côté de la paroi antérieure du ventre, on fait de même en incisant à deux travers de doigt au-dessus du ligament de Poupert. Enfin on peut opérer à la fois par les deux voies.

Telle est succinctement décrite l'opération de Wiedow.

Elle ressemble trait pour trait, à la vieille méthode de l'incision en deux temps des abcès du foie.

Fritsch (2) pratique souvent l'incision et reconnaît qu'elle lui a donné d'excellents résultats dans les affections métriques d'origine puerpérale.

Delbet (3), tout en reconnaissant que l'emploi de l'incision vaginale est parfois de bonne pratique, trouve qu'il ne faudrait pas en faire une opération de pratique courante, car elle est dangereuse.

(1) FRITSCH, Traitement des abcès pelv. *Congrès de la Soc. all. de gynécologie*, 1891.

(2) PIERRE DELBET, *Suppurations pelviennes*.

En effet, dit-il, en incisant derrière l'utérus, on s'expose à ouvrir le péritoine. On s'expose encore grandement à blesser l'uretère ainsi que les artères.

La blessure de l'uretère n'est pas immédiatement dangereuse au point de vue opératoire, mais c'est un accident véritablement terrible dans ses conséquences.

Quant à la blessure des artères, elle ne serait rien dans d'autres régions, mais là, elle est vraiment inquiétante parce qu'elle a lieu au fond d'un trou où l'œil ni le doigt ne peuvent aisément pénétrer.

Pour Hofmeier, les craintes sont les mêmes. Il est difficile de traverser les exsudats indurés à l'aide d'instruments mousses et si l'on se sert d'instruments piquants ou tranchants, on risque de blesser l'uretère ou les gros vaisseaux.

Aussi, est-ce probablement en vertu d'idées analogues que quelques auteurs proposèrent de sectionner le cul-de-sac postérieur, dans le sens sagittal pratiquant ainsi ce qu'ils appelèrent *l'élytrotomie inter-ligamenteuse*. L'incision était faite au milieu du cul-de-sac postérieur, à égale distance des ligaments utéro-sacrés.

Mais ces craintes nous paraissent chimériques, et Gouiloud s'est surabondamment chargé de le démontrer en venant, dans les *Archives de tocologie et de gynécologie*, plaider à nouveau la cause de son maître Laroyenne.

Cet auteur apporte les résultats que lui ont fournis trente-trois interventions par la voie vaginale, dans les cas de *pyosalpinx*, pelvi-péritonites, ou phlegmons du petit bassin.

Il nous excusera de citer ici textuellement les conclusions de son travail, qui, mieux que nous ne pourrions le faire, montrent combien la méthode de Laroyenne si simple en son

exécution est excellente en ses résultats immédiats et éloignés.

« Cette méthode qui ouvre largement par le vagin, les collections de la périmétrite chronique, et les maintient béantes jusqu'à la cicatrisation, mérite une place importante dans le traitement des collections pelviennes.

Son procédé opératoire rend cette intervention plus complète, facile et sûre.

Le résultat immédiat est un soulagement considérable, celui du débridement d'un abcès et une guérison opératoire certaine, même dans les cas compliqués de foyers multiples et de fistules.

Les résultats lointains, chez des malades revues de dix-huit mois à six ans après l'opération, ont été presque constamment satisfaisants. Beaucoup sont parfaits sans aucune restriction. Ces résultats éloignés vont s'améliorant. Ils sont supérieurs à ceux observés quelques mois après l'intervention.

Quatre opérées ont eu une conception ultérieure.

Ces résultats heureux confirmés par une longue observation ont été constatés, non seulement dans les phlegmons, les pelvi-péritonites et les hématoécèles, mais aussi dans les collections tubaires. Cette méthode peut donc être employée dans tous les cas de collections pelviennes.

Mais préférerait-on l'ablation immédiate des annexes, en cas de dilatation salpingée, on devrait lui réserver au moins les cas mauvais où l'on n'est pas sûr du succès par la laparotomie et où l'on obtiendra ainsi une guérison inattendue.

L'ablation des annexes reste une ressource ultime et alors de moindre gravité, en cas de persistance des douleurs par lésions cicatricielles. Elle est alors indiquée comme dans les salpingo-ovarites sans collection.

La supériorité du débridement vaginal des collections pelviennes réside surtout dans sa gravité incontestablement moindre, dans sa mortalité presque nulle. C'est dans les suppurations pelviennes pour laparotomie une mortalité de 10 0/0 et pour le débridement vaginal, une mortalité de 1 ou 2 0/0 (1).

Le Bec (2) déclare aussi s'être bien trouvé de l'évacuation vaginale des pyosalpinx. Il voudrait que l'on soit éclectique et qu'on ne repoussât pas de prime abord les petites opérations pour adopter à leur exclusion, les opérations radicales ou par le vagin (hystérectomie vaginale) ou par l'abdomen (salpingectomie).

Pour lui, les suppurations pelviennes doivent être ainsi traitées :

Poches élevées : laparotomie.

Poches fluctuantes basses : faire d'abord l'ouverture large, et un drainage soigné. Si le mal résiste, hystérectomie.

Le Dentu (3), dans un article très consciencieux, paru dans la *Gazette des hôpitaux*, use volontiers de la ponction aspiratrice et de l'incision, qui sont, dit-il, en certaines circonstances, d'excellentes méthodes de traitement dans les collections péri-utérines aiguës.

L'incision large doit être faite toutes les fois que le foyer paraît facilement accessible par les culs-de-sac vaginaux. L'expérience a démontré depuis longtemps qu'elle donnait des résultats rapides et durables. *En dépit de la conservation*

(1) *Archives de gyn. et tocol.*, 1891, Paris.

(2) LE BEC, Suppurations pelviennes, *Gaz. méd. de Paris*, 8 octobre 1892.

(3) LE DENTU, Traité des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gaz. hosp.*, 27 février 1892.

des annexes, elle procure des guérisons complètes. Une seule fois, il a été obligé d'enlever les annexes directement.

Les autres avantages sont de ménager la possibilité de grossesses ultérieures et de ne faire courir aux opérées que des risques insignifiants.

Les cas chroniques peuvent aussi, dans certains cas, être tributaires de l'incision.

More Madden (1) pratique la salpingectomie et la ponction aspiratrice du pus. Il préfère cette deuxième méthode à la première, car par la première, on anéantit la fonction et on fait des individus *insexués*. Il n'hésite pas à faire des ponctions répétées.

Jullien (2) trouve qu'on ne fait pas à l'incision vaginale une place suffisante dans le traitement des suppurations pelviennes. Il a traité deux cas à l'aide du manuel opératoire de Laroyenne et a eu deux succès.

Par contre, Routier (3) ne se sert plus de l'incision que comme moyen d'exploration avant de se résoudre à l'hystérectomie vaginale. Par la boutonnière qu'il ouvre, il explore les annexes et se rend compte de leur état. Selon ce qu'il trouve, il complète son opération par la voie haute ou basse.

En 1893, M. Le Bec (4) revient sur le traitement des suppurations pelviennes et notamment sur la conduite à tenir en présence des pyosalpinx. Il repousse absolument l'hystérectomie faite comme premier acte opératoire. On doit attaquer le mal d'abord par une incision large et franche de la

(1) *Loco citato*.

(2) JULLIEN, De l'intervention dans certains cas de suppuration pelvienne. *Archives de tocologie*, 1892.

(3) ROUTIER, *Congrès français de chirurgie*, 1892.

(4) LE BEC, Suppurat. pelv. traitement. *France médicale*, 8 décembre 1892.

poche fluctuante à travers le cul-de-sac postérieur. On peut ainsi explorer largement la cavité de l'abcès, laver, drainer ou bourrer si la poche est unique, vider tout largement et, s'il y a plusieurs poches, les faire communiquer les unes avec les autres. On peut aussi, dans certaines circonstances, faire le curettage de la poche.

Prengrueber (1) expose ainsi sa conduite, lorsqu'il se trouve en présence de poches purulentes salpingées :

« Si la lésion d'origine relativement récente est facile à délimiter, si elle est représentée par une tumeur d'un volume modéré, de forme régulière, si elle est plus ou moins mobile, facilement accessible par le ventre, difficilement accessible par le vagin, la laparotomie suivie de salpingectomie sera l'opération de choix. Peu grave dans ces circonstances, elle assure la guérison définitive, mieux que ne le ferait tout autre genre d'intervention. Si la lésion toujours d'origine récente est facile à délimiter, si elle est représentée par une tumeur de forme régulière, mais ayant rapidement acquis un volume considérable, si cette tumeur tout en étant accessible par le ventre est plus accessible encore par le vagin dans lequel elle vient faire saillie, l'incision large de la poche, suivie de lavage et de drainage, suffit le plus souvent. En tout cas, c'est par là qu'il faut commencer. »

Il appartenait à l'école de Lyon de pousser encore plus loin les indications de la méthode de Laroyenne et d'exécuter après la ponction suivie de débridement, une opération plus complexe, l'ablation des annexes par cette voie, dans des cas bien déterminés. Qu'il nous soit permis toutefois d'exprimer l'opinion que dans les cas que nous allons

(1) PRENGRUEBER, Pathologie et trait. des supp. pelv. *Bull.méd.*, 14 mai 1893.

citer, on a dépassé le but de la méthode et qu'on a transformé une opération conservatrice en une opération radicale. Néanmoins, nous devons en dire un mot, ne serait-ce que pour montrer tout ce qu'on peut faire par la voie vaginale, qui n'est pas comme on l'a dit une voie aveugle, où l'on ne marche qu'à tâtons.

Il existe certaines formes de pyosalpinx, qui arrivées à une certaine période de leur évolution, au lieu de ne déterminer de la part du péritoine pelvien que des réactions adhésives, comme cela s'observe le plus souvent, font que l'inflammation propagée au péritoine pelvien se révèle sous la forme d'un exsudat séreux ou purulent. Cet exsudat s'enkyste lui-même en déterminant des adhérences entre les anses intestinales qui lui servent de voûte, et vient proéminer du côté de la paroi vaginale postérieure, mais il enkyste à son tour trompes et ovaires qui viennent flotter dans la collection pelvienne. Si donc, après débridement et écoulement de pus, le doigt introduit dans la poche pelvienne vient à y constater la présence des trompes et des ovaires malades, on pourra par la boutonnière ainsi créée saisir ces organes et les attirer dans le vagin. S'il y avait quelques adhérences, elles seraient du reste faciles à rompre et dès lors il serait commode de pratiquer l'ablation des annexes ou comme le veut Condamin (1) simplement la salpingotripsie ou l'ovariotripsie. Cet auteur a pratiqué 15 opérations de ce genre avec succès.

Bonnet (2), élève de Condamin, développe dans sa thèse les idées de son maître et conclut en disant que la méthode

(1) CONDAMIN, De la salpingo-ovariotripsie par la voie vaginale dans les salpingo-ovarites enkystées. *Congrès de chir.*, 1874.

(2) BONNET, Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et leur traitement par la voie vaginale. Th. de Lyon, 1894.

de Laroyenne doit être considérée comme une méthode de choix.

Dans les cas de salpingo-ovarite en foyer enkysté, elle comprend plusieurs temps :

1^o Ponction et débridement de la poche enkystante ;

2^o Intervention sur des annexes malades enkystées et qui peut être, suivant le cas, soit la ponction et le débridement d'une ou plusieurs collections développées aux dépens de ces organes malades, soit leur ablation par les procédés habituels de la voie vaginale ou encore par le procédé spécial que M. Condamin désigne sous le nom de salpingo-ovariotripsie.

M. Bouilly, au Congrès français de chirurgie (1895), après avoir cité sur la question les travaux de Byford, Bonnacaze, Rouffart, Gouilloud, Dhürssen, Segond, dit que l'incision vaginale a donné plus qu'on ne pouvait d'abord espérer d'elle. Par l'incision vaginale, en effet, on peut pratiquer l'évacuation des pyosalpingites, en outre rectifier une erreur de diagnostic et même enlever par cette voie s'il y a lieu :

1^o Des kystes de l'ovaire ;

2^o Des fibromes de l'utérus ;

3^o Extirper les annexes d'un seul côté ;

4^o Ouvrir des collections hématiques réunies sous le nom d'hématocèle rétro-utérine.

La thèse de Rodriguez (1), faite sous l'inspiration de son maître Tuffier, renferme 16 cas de salpingites suppurées, avec 14 guérisons.

Dans le travail de La Bonnardière, nous trouvons 80 observations tirées de la pratique de M. Vincent (de Lyon), suivies

(1) RODRIGUEZ, *Incision du cul-de-sac postérieur dans les supp. et les hémorrh. pelviennes*. Th. de Paris, 1895.

de guérison. Il est vrai qu'un grand nombre de cas ont traité à des hématoécèles.

Hartmann, en 1896, rapporte 167 observations représentant sa pratique intégrale depuis le 1^{er} janvier 1893.

Parmi ces 167 opérations, nous rencontrons 22 colpotomies postérieures dont 14 pour lésions suppurées des annexes sans aucune mort.

M. Laroyenne à son tour, depuis ses premières publications, a étendu considérablement le champ opératoire du débridement vaginal. Il est bien certain que les parties suppurées qui proéminent en bas du côté du vagin peuvent être abordées avec tout instrument, mais il n'en est pas de même de celles placées plus haut, qui sont difficiles à atteindre à cause de la vessie. C'est dans ces cas que l'instrument, dont il est l'inventeur, a une véritable utilité pratique à cause de sa courbure. Il permet en contournant la vessie d'aller très haut rechercher les poches et les ouvrir.

Reygnier, sur 212 opérations faites par lui, dans les cas de lésions suppurées des annexes, a traité 46 malades par la voie vaginale sans aucun décès. Il est vrai que, 9 fois, il fut obligé de pratiquer une hystérectomie secondaire. Sa pratique peut se résumer en ceci. Il traite par la voie vaginale seulement les cas aigus et selon les cas se comporte ainsi qu'il suit :

« En présence d'une femme jeune, ayant des symptômes d'infection récente et des signes de suppuration pelvienne, venant proéminer du côté du vagin, abordable par cette voie, je commence par l'ouverture du cul-de-sac postérieur, suivie d'un large drainage. Si, malgré cette incision, le pus s'écoule mal, si les phénomènes d'infection persistent, je complète plus ou moins tardivement mon opération par une hystérec-

tomie. Si la cicatrisation est faite, si le pus s'est tari, si la malade souffre encore, je fais une opération complète. Ce sera une hystérectomie si l'utérus est malade, ou de préférence une laparotomie. »

Richelot, lui, ce qui ne surprendra personne, fait le procès de l'incision vaginale, qu'il trouve être une méthode aveugle et non sans danger. Il ne la proscriit pas absolument toutefois, mais il limite son champ d'action :

1° Une collection liquide, soulevant la paroi vaginale, à fluctuation fort rapprochée, à foyer purulent unique, donne à l'incision une opportunité véritable et la chance de réussir.

2° En pleine septicémie, avec des températures élevées, la moindre souillure du péritoine est à craindre.

La laparotomie n'est pas toujours formellement contre-indiquée, mais elle est dangereuse, l'hystérectomie vaginale l'est beaucoup moins parce qu'elle expose moins le péritoine à l'inoculation septique.

3° Friabilité de l'utérus dans l'état puerpéral récent.

Dans une thèse récente, Rosenblat (1) relate 4 cas de collections pelviennes, guéris par l'incision.

Enfin, Kelly (2) de New-York ne néglige pas, à l'occasion, de pratiquer la ponction vaginale dans certains cas déterminés. Il a longuement exposé les résultats de sa pratique à ce sujet dans son magnifique traité de gynécologie opératoire, paru cette année même et qui, espérons-le, ne tardera pas à être traduit en langue française au grand profit de tous.

Nous ne pouvons nous empêcher de citer quelques extraits

(1) ROSENBLAT, *Incision du cul-de-sac post. dans les supp. et les hématoécèles pelviennes, Etude critique*. Th. Paris, 1896.

(2) KELLY, *Operative Gynecologie*, New-York, 1898, vol. 2, p. 222 et suiv.

de son manuel opératoire, qui comme on le verra, est des plus simples et lui a donné de magnifiques résultats :

Les premiers cas, dit-il, que j'ai eu à traiter par la ponction vaginale, m'arrivèrent dans un état tellement critique que toute opération radicale semblait impossible.

L'évacuation par le vagin fut faite simplement comme un moyen de temporisation dans l'intention d'accomplir plus tard une opération radicale aussitôt que les malades auraient retrouvé un état général susceptible de la permettre avec sécurité. Les premiers cas traités de cette manière donnèrent les résultats les plus inattendus et les plus favorables.

Sur 15 cas, 8 restèrent définitivement guéris sans opération ultérieure. Trois de ces malades étaient de jeunes femmes (20 ans, 12, 17) chez lesquelles la conservation de la fonction ovarienne était de la plus haute importance dans l'intérêt de leur santé et de leur bonheur futur.

Deux de ces cas furent examinés, deux ans après l'opération. Dans l'un on ne put retrouver aucune trace de la maladie antérieure, dans l'autre les annexes étaient adhérentes, mais facilement perceptibles. Avec ces résultats satisfaisants comme base, j'ai étendu cette méthode de traitement. D'abord j'ai évacué par la ponction, seulement les abcès dans lesquels on pouvait déterminer la fluctuation à la voûte du vagin, puis les cas d'inflammation dense latérale, ou postérieure de l'utérus, en contact avec la voûte vaginale, ou séparée de la cavité péritonéale générale par des adhérences. Finalement des cas de péritonite enkystée et de pyosalpinx furent fréquemment traités par ce moyen avec de beaux résultats.

Sur 65 cas, traités par la ponction vaginale depuis septembre 1896, il y avait 55 cas d'abcès pelviens et 10 de pyosalpinx

nettement définis. Dans quelques-uns de ces cas, il y avait un pyosalpinx d'un côté et un hydrosalpinx de l'autre ; dans 12 cas, il s'agissait de péritonite enkystée, de cellulite dense. Les résultats dans ces cas furent satisfaisants eu égard à la grande mortalité et à la lenteur de la convalescence dans les cas semblables traités par les interventions opératoires radicales.

Sur les 65 cas, 32 furent guéris et 2 moururent. Sur le reliquat, quelques-uns furent grandement améliorés, tandis qu'une petite proportion n'éprouva pas un mieux sensible.

Dans 5 cas, une opération pour l'énucléation des organes malades fut accomplie après la ponction vaginale, lorsqu'on trouva que la malade avait été seulement améliorée temporairement par ce procédé (Kelly).

Nous en aurions fini avec cette étude historique de l'incision ou de la ponction vaginale, s'il ne nous restait encore à résumer les communications nombreuses que cette année même nous avons vu apparaître sur ce point.

Il semble que la méthode préconisée par nous est aujourd'hui plus que jamais en faveur, autant par l'excellence des résultats donnés par elle, que par les efforts auxquels tendent maintenant les chirurgiens entrés franchement dans la voie des opérations conservatrices.

Bien que Pozzi (1) s'élève à nouveau contre la généralisation de la colpotomie dans le traitement des affections suppuratives du pelvis, il reconnaît cependant que la colpotomie peut rendre de signalés services, notamment dans les cas où

(1) POZZI, De la colpotomie dans les suppurations pelviennes. Leçon clinique, 18 fév. 1898, *Semaine gynécologique*.

il y a du pus directement dans le péritoine (péri-méto-salpingite) ou encore lorsqu'il s'agit de pyosalpinx bas situés, tombés dans le Douglas, en relation directe avec la paroi vaginale. Si la poche est loin des culs-de-sac vaginaux, il est imprudent et dangereux d'aller à sa recherche.

M. Monod (1) possède 40 observations de salpingites suppurées traitées par l'incision vaginale.

D'après lui, il faut distinguer plusieurs cas de suppuration pelvienne.

Un premier groupe est représenté par ces collections évidemment fluctuantes qui bombent du côté du vagin, et où l'incision est le procédé de choix.

Un deuxième, par ces collections fluctuantes ou non, qui tout en étant accessibles par le vagin, en sont séparées et ne font pas saillie sous la paroi postérieure du vagin.

Un troisième groupe, enfin, par ces pyosalpinx enkystés dans une collection de pelvi-péritonite séreuse ou purulente.

Ce sont surtout les cas appartenant à ce troisième groupe qu'il étudie, en les rangeant sous deux chefs :

1° Ovaro-salpingites suppurées avec péri-salpingite séreuse ;

2° Ovaro-salpingite et péri-salpingite suppurées l'une et l'autre.

Il a opéré 4 cas d'ovaro-salpingite suppurée avec péri-salpingite séreuse et a obtenu par l'incision vaginale 4 guérisons. L'ouverture du cul-de-sac vaginal donne issue à du liquide séreux, le pus n'apparaît que dans un second temps,

(1) Monod, Sur le traitement des salp. suppurées par l'incision vaginale. *Soc. chirurgie*, mai 1898.

provenant d'une poche plus haut située, qui n'est autre que le pyosalpinx lui-même.

Il a également opéré par la même méthode 24 cas d'ovaro-salpingite et péri-salpingite l'une et l'autre suppurées, mais les résultats ne sont pas comparables selon que la lésion annexielle était unie ou bilatérale.

Sur 17 cas où il y avait unilatéralité des lésions, il a eu une mort, non imputable à l'incision puisqu'elle fut provoquée par une péritonite généralisée due à la perforation du côlon, un mois après l'opération.

Sur les 16 autres opérées, il a obtenu 10 guérisons sans incidents, 4 guérisons après complications ; chez deux on ne put obtenir le résultat thérapeutique désiré.

Sur les 4 cas de lésions bilatérales, il eut deux guérisons et deux morts.

M. Monod conclut en disant qu'abstraction faite des cas de pelvi-péritonite et de phlegmon du ligament large, accessibles par le vagin, cas dans lesquels l'incision vaginale est de règle, ce mode d'intervention constitue encore une ressource utile dans les ovaro-salpingites suppurées unilatérales.

Si ces pyosalpinx s'accompagnent de përisalpingite séreuse ou suppurée, l'opération comprendra deux temps, ouverture de la collection enkystante d'abord, de la collection enkystée ensuite.

Si la collection est bilatérale, l'incision vaginale sera généralement insuffisante.

Routier dit également que, lorsqu'il y a pelvi-péritonite partielle suppurée ou non, il ne faut pas s'arrêter à l'ouverture rétro-utérine simple.

Quand l'évacuation des collections purulentes par l'inci-

sion rétro-utérine n'a pas amené la guérison, l'hystérectomie vaginale est indiquée, et sera moins grave après l'évacuation des poches purulentes.

Quénu donne le conseil pour atteindre les poches haut situées, d'inciser sur l'utérus et de suivre comme guide la paroi postérieure de l'utérus, puis d'ouvrir successivement les poches périsalpingiennes et ovaro-salpingiennes, avec drainage consécutif.

Pour lui, c'est une opération d'attente dans ces cas-là, la condition essentielle de la guérison complète et durable d'une salpingite un peu grave est l'ablation du sac.

Ricard, préconise seulement l'incision dans le cas de vastes collections chaudes aiguës, bombant dans le vagin.

Dans le cas de suppuration chronique des annexes, les lésions sont souvent bilatérales, la poche kystique est assez souvent divisée par cloisonnement, les lésions sont trop complexes pour qu'une simple incision par le cul-de-sac puisse être suffisante.

Sur 5 cas, traités par l'incision, M. Ricard eut une mort et fut obligé de faire 3 hystérectomies secondaires et une laparotomie.

M. Phocas (1) de Lille pratique parfois l'incision et notamment dans les cas de suppurations pelviennes consécutives à l'accouchement ou à une fausse couche, dans les cas de suppuration pelvienne mal limitée et s'accompagnant de fièvre.

Les suppurations enkystées ne sont justiciables de l'incision que dans quelques cas rares. Au point de vue opéra-

(1) PHOCAS, L'incision vaginale dans les suppurations pelviennes. *Nord médical*, 1898.

toire, il suit la technique de Doyen (1^{er} temps de l'hystérectomie vaginale).

Saisir le col par sa lèvre postérieure, introduire en arrière un écarteur (n^o 2 ou 3). Incision de la muqueuse vaginale hémi-circulairement aux ciseaux et sur le col.

Décollement des adhérences, le long de la paroi postérieure de l'utérus. Si du pus s'écoule, se borner à la colpotomie (Doyen, *Technique chirurgicale*).

Picqué (1) publie à son tour 10 observations de malades traitées par la colpotomie.

Cinq furent définitivement guéries, mais cinq durent subir l'hystérectomie secondaire.

D'où il conclut que, dans certains cas, la colpotomie peut amener une guérison définitive, et que dans ceux où elle ne réussit pas, l'hystérectomie secondaire peut donner des résultats excellents, parfois même meilleurs que ceux de l'hystérectomie primitive.

M. Reygnier (2), qui a pratiqué 56 élytrotomies pour lésions suppurées péri-utérines, a eu 36 malades non guéries. 20 sont sorties, paraissant guéries. Ces résultats montrent d'après lui que, si l'incision peut, dans certains cas, rendre des services, elle ne paraît pas toutefois mériter tant d'enthousiasme.

M. Le Dentu (3), qui dès la première heure a été l'un des ardents défenseurs de l'incision vaginale, pose à l'occasion d'une nouvelle communication sur cette question les conclusions suivantes :

(1) PICQUÉ, De la valeur de la colpotomie. *La gynécologie*, n^o 3, 1898.

(2) REYGNIER, Valeur thérapeutique de l'incision vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. *Soc. chirurg.*, 1898.

(3) LE DENTU, Valeur thérapeutique de l'incision vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. *Soc. chirurg.*, 1898.

L'incision simple des culs-de-sac vaginaux est indiquée dans le cas de salpingite ou d'ovarite suppurée unilatérale, à condition que la poche soit adhérente à la muqueuse vaginale, ou si elle ne l'est pas, peu élevée au-dessus du cul-de-sac ; dans le cas de salpingite suppurée double à condition que les deux poches purulentes soient accolées, semblent n'en faire qu'une et soient peu élevées dans le petit bassin ; d'une façon générale l'ancienneté des lésions, leur marche plutôt chronique indiquent une autre opération, même lorsque ces lésions réalisent les conditions ci-dessus énumérées.

Elle est contre-indiquée lorsqu'il y a des raisons de soupçonner l'existence d'une salpingite ou d'une ovarite unilatérale ou double, compliquée de péritonite enkystée à une ou plusieurs loges ; lorsque le foyer même peu développé est situé assez haut par rapport à l'utérus.

M. Hartmann (1) a fait 23 colpotomies pour lésions suppurées des annexes. Les résultats immédiats ont été excellents. Toutes les malades ont guéri de l'opération ; la fièvre, quand elle existait, est tombée, les douleurs ont cessé, l'état s'est très amélioré et jamais l'intervention n'a été suivie d'accidents.

Quant aux résultats éloignés, sur ces 23 colpotomies, il a été nécessaire de recommencer deux fois l'incision.

Deux autres malades ont dû subir plus tard une opération plus radicale, la castration vaginale totale dans un cas, la castration abdominale totale dans l'autre.

Les 19 autres opérées peuvent être considérées comme guéries.

D'après M. Hartmann, la colpotomie est indiquée :

(1) HARTMANN, La colpotomie postérieure dans le traitement des annexites suppurées, *Semaine médicale*, n° .

- 1° Lors de poches bombant dans le cul-de-sac vaginal ;
- 2° Lors de poches au contact direct de la paroi vaginale ;
- 3° Dans les poches même petites et anatomiquement séparées du vagin, s'il s'agit d'une lésion récente ou d'une poussée aiguë sur une lésion ancienne.

M. Legneu (1) trouve que la colpotomie est curative rarement, palliative le plus souvent.

Elle est curative dans les cas de pyosalpinx unique, facilement accessible. Elle est seulement palliative lorsque des poches multiples, hautes ou basses, ne peuvent être ouvertes simultanément, ni également drainées : ici on ouvre un foyer, on ne les atteint pas toutes : quant aux poches uniques, mais haut situées, il est difficile à la colpotomie d'être une méthode curative.

Enfin notre maître M. Chaput communique à la Société de chirurgie (juillet 1898) les résultats de sa pratique, nous laissant le soin de développer ses idées sur cette question.

Si nous avons tenu à rapporter en détail les opinions des divers auteurs qui ont écrit sur le traitement des collections annexielles par la colpotomie, c'est pour pouvoir enfin résumer les tendances qui émanent de ces diverses opinions.

Il est un point sur lequel tous les gynécologues sont aujourd'hui d'accord, même les hystérectomistes les plus ardens ; c'est que l'incision vaginale doit être considérée comme la *méthode de choix* pour l'évacuation des pyosalpinx récents, volumineux, à virulence microbienne exaltée, et de certains pyosalpinx chroniques subissant une poussée inflammatoire aiguë, ce qui rend l'ouverture du ventre particulièrement dangereuse.

Quant aux *hydrosalpinx*, nous croyons, d'après cette étude,

(1) *Revue internationale de médecine*, 1898, p. 313.

que la majorité des auteurs préfère la voie abdominale, qui est évidemment d'une sécurité très grande au point de vue de la cure opératoire définitive de l'affection, mais qui a le grand inconvénient de supprimer la fonction d'un organe.

En ce qui concerne les pyosalpinx chroniques, à évolution latente, la majorité des chirurgiens penche certainement pour la voie abdominale, pratiquant la salpingo-oophorectomie simple ou la castration utéro-annexielle.

Nos idées seront un peu différentes.

Partant de ce principe qu'il faut autant que possible toujours sauvegarder la fonction, nous poserons ainsi nos indications opératoires.

1° Il faut toujours pratiquer l'incision où la ponction vaginale à notre manière dans les pyosalpingites *septiques récentes*, lorsque la collection est assez volumineuse (depuis un œuf de poule), bas située, prolabant dans le cul-de-sac postérieur ;

2° Si la collection est *haut située*, mais *encore accessible*, il faut encore l'attaquer par l'incision vaginale ;

3° Les *pyosalpinx chroniques*, volumineux, facilement perçus par le palper bimanuel, tombés dans le cul-de-sac postérieur, ou facilement abaissables de ce côté, devront être ponctionnés.

Seront *seules* traitées par la voie haute ou l'hystérectomie vaginale, les poches tubaires haut situées inaccessibles et non abaissables.

4° En ce qui concerne les *hydrosalpinx*, ils doivent guérir et guérissent par la simple ponction, et dès lors nous jugeons inutile pour des lésions aussi bénignes de faire subir aux malades les risques d'une laparotomie, tout en leur supprimant un organe important. Ils seront aussi, par conséquent, traités par la ponction.

CHAPITRE II

Exposé de la méthode de M. Chaput pour l'ouverture des collections pelviennes à l'aide de la *pince-trocart*.

I. — Instrumentation nécessaire pour la ponction.

Elle est très simple.

Notre maître M. Chaput (1) pratique habituellement la ponction de la poche et a presque complètement délaissé l'incision, qui est d'un manuel opératoire un peu compliqué, et qui en tout cas nécessite des aides pour tenir les valves vaginales.

Il a imaginé en 1893 une pince à laquelle il a donné le nom de *pince-trocart* (2) et qui est d'une grande commodité.

La *pince-trocart* se fait en deux modèles, l'un droit, l'autre courbe, de longueur sensiblement pareille (24 centimètres).

Ce qui la caractérise, c'est qu'elle se termine par des mors très pointus, avec lesquels on peut ponctionner des poches vaginales. En écartant les mors, on peut dilater l'orifice de ponction.

Pour que cette dilatation se fasse facilement, chaque mors

(1) CHAPUT, *Soc. de gynécologie de Paris*, 1893 et *Soc. de chirurgie*, juillet 1898.

(2) CLINTON CUSHING (de San-Francisco) avait déjà proposé l'emploi d'un instrument qui ressemble grossièrement à celui de M. Chaput. C'est un instrument analogue à une pince à gants, mais pointu, de manière à pouvoir par simple ponction et écartement de ses branches introduire un tube et éviter l'incision.

a une forme de prisme triangulaire à arête externe. Pour éviter les glissements de cette arête sur les tissus, elle est garnie de crans.

Cet instrument est aussi très commode pour ouvrir le cul-de-sac postérieur au cours d'une laparotomie.



Il est entendu, que si l'on ne possédait pas cette pince, à l'exemple de M. Kelly, on pourrait également se servir d'une paire de ciseaux très longs et très pointus.

La poche une fois ponctionnée, les anneaux des ciseaux forment une bonne prise pour en dilater les branches.

II. — Manuel opératoire.

La veille de l'opération, la malade sera purgée et lavementée. Elle ne prendra aucun aliment solide. La toilette vul-

vaire sera faite avec le plus grand soin. Les poils seront rasés, le conduit vaginal, fréquemment irrigué, depuis l'entrée de la malade avec des solutions antiseptiques, telles que sublimé ou solution de formol au millième, sera nettoyé et bourré avec une mèche de gaze aseptique ou dermatolée.

Au moment de l'opération, il est généralement utile de pratiquer l'anesthésie générale.

A la rigueur cependant, si la malade était trop faible pour la supporter, on pourrait faire la ponction sans anesthésie.

La résolution musculaire sera obtenue indifféremment à l'aide de l'éther ou du chloroforme ou mieux avec l'éther d'abord, le chloroforme ensuite.

Une nouvelle toilette vulvaire et vaginale sera faite. Le vagin soigneusement brossé à l'aide de brosses aseptiques et d'eau stérilisée. Une injection vaginale antiseptique complètera tous ces soins.

M. Chaput recommande de ne pas faire le curage utérin en même temps que la ponction, parce que la réinfection de l'utérus baignant dans le pus vaginal deviendrait fatale. On laisse de côté provisoirement les lésions utérines et on ne doit les attaquer que plus tard après la guérison complète de l'incision vaginale.

Ceci étant, un doigt, l'index gauche, sera placé dans le cul-de-sac postérieur. Il devra s'assurer de deux choses :

D'abord, de la situation exacte de l'artère utérine, et en outre du point le plus saillant de la collection.

La situation de l'artère utérine peut soigneusement être déterminée par la palpation du cul-de-sac. On la trouve généralement très saillante et battante contre la paroi antérieure de la poche. Connaissant sa position exacte, on peut

pénétrer sans danger dans la poche. Il faut avoir soin de faire déprimer la paroi abdominale par un aide, dont la main placée au-dessus du pubis, s'enfoncera comme un coin dans le petit bassin. Cette manœuvre aura pour effet de propulser la collection vers le vagin et de la rendre de ce fait plus facilement abordable.

La pince-trocart, introduite fermée dans le vagin, longe l'index gauche qui lui sert de guide.

Lorsque la pointe de l'instrument arrive au contact de la collection, d'un coup sec, la tumeur est ponctionnée. Saisissant alors les manches de la pince, l'opérateur les écarte doucement et progressivement l'une de l'autre.

Ce mouvement a pour effet d'agrandir l'orifice d'entrée de la pince en dilacérant les tissus et notamment la paroi postérieure du vagin.

Aussitôt, on voit le pus sortir en plus ou moins grande abondance selon l'état de réplétion de la poche.

Il est une précaution à prendre lorsqu'on pousse la pince. Il faut la pousser dans la direction de l'axe pelvien, vers la deuxième vertèbre sacrée ou vers le promontoire. L'opérateur doit avoir soin de ne pas ponctionner trop bas dans la direction des dernières vertèbres sacrées, car alors, il transfixerait simplement la paroi postérieure de la collection, et perforerait le rectum. Si l'on sentait d'autres masses fluctuantes, n'ayant aucune tendance à se vider par cette première ponction, il faudrait reponctionner à l'endroit où elles seraient nettement perceptibles. Cela indiquerait ou que la cavité de l'abcès pelvien est cloisonnée ou bien que le pyosalpinx est double.

On trouvera dans nos observations plusieurs exemples de ponctions multiples des collections pelviennes.

Quelques auteurs ont conseillé, une fois l'incision ou la ponction faite et le pus écoulé, d'introduire jusque dans la cavité de l'abcès *une curette* (1), de gratter les parois de la poche afin d'extraire ainsi les masses bourgeonnantes, de permettre une rétraction plus facile de la paroi et de diminuer la longueur des sécrétions. Nous ne trouverions pas cette pratique d'un mauvais usage, si nous pouvions toujours évaluer exactement l'épaisseur de la paroi, or cela est presque toujours impossible, et si le grattage était pratiqué d'une façon systématique, à n'en pas douter, on s'exposerait à de sérieux mécomptes.

L'orifice créé par la pince-trocart après ponction est considérable. Il permet d'introduire largement deux doigts, l'index et le médius, dans la cavité de la poche. Du reste, cet orifice peut être rendu aussi large que le cul-de-sac de Douglas lui-même, c'est-à-dire 2 à 3 cent. $1/2$.

Il ne faut pas négliger l'introduction du doigt après ponction, car par ce moyen, un aide déprimant bien la paroi abdominale, on peut parfaitement explorer la cavité vide, en extraire les parcelles de pus concrétées et adhérentes.

De plus, par cette investigation, on se rend compte de la vacuité du sac de Douglas, ou au contraire de la présence possible d'autres collections. On peut parfaitement reconnaître s'il y a encore une masse fluctuante et, en ce cas, le doigt peut sans difficulté en effondrer la paroi, dont le contenu est évacué dans la principale cavité de l'abcès.

Dans les cas situés à une grande distance du plancher pel-

(1) MUNDÉ, The treatment of pelvic abscess in womern by incision and drainage. *American Journ. of obstetr.*, 1^{er} fév. 1886.

vien, il faut parfois créer une voie de drainage plus considérable.

On peut alors imiter la conduite du D^r G. M. Edebohls, c'est-à-dire introduire deux valves de façon à faire bâiller le cul-de-sac postérieur et faire une incision elliptique autour et en arrière du col, comme pour exciser un morceau en forme de croissant de la voûte vaginale s'étendant jusque dans le péritoine. Si les bords du péritoine sont alors attirés et attachés au tissu vaginal, un drainage parfait est établi, dans lequel il n'y a aucune tendance des bords à se séparer.

Ceci fait, il est rare qu'on ait à lutter contre une hémorrhagie importante. La tranche vaginale saigne moins lorsqu'elle est déchirée, comme c'est le cas ici, que sectionnée, et si parfois une hémorrhagie abondante se produit, c'est que vraisemblablement une veine importante du pelvis a été ouverte.

Nous verrons plus loin comment on peut parer à cet accident.

III. — Soins post-opératoires.

Si tout marche bien, ce qui est le cas habituel, il faut procéder sans plus tarder aux soins post-opératoires.

Aussitôt la ponction faite, le pus écoulé, la cavité explorée, il importe de drainer la cavité de l'abcès. Pour cela, on peut se servir de drains, drain de verre, de caoutchouc, *tube à ailettes*, drain de Verchèse-Malecot, tous les moyens de drainage sont bons, mais ce qui est mieux, c'est le drainage à la gaze dermatolée, ou simplement aseptique.

Nos préférences vont à la mèche, parce qu'ainsi le drainage se fait beaucoup mieux que par le tube.

En effet, la gaze remplit la cavité, est par conséquent en rapport avec toute la surface sécrétante, dont elle absorbe les produits qui vont au dehors et qui en outre sont enlevés lorsque le pansement est fait à nouveau.

On laisse le premier pansement en place pendant 48 heures. Au bout de ce laps de temps, on procède à un nouveau pansement qui du reste est identique au premier.

Une question se pose à ce moment :

Faut-il ou non faire des lavages intra-cavitaires ?

Certains opérateurs pratiquent ces lavages dès les premiers jours. Sans les proscrire absolument, nous pensons qu'ils ne sont pas nécessaires dans la majorité des cas, et qu'en outre ils sont souvent dangereux. Si, en effet, nous injectons des liquides sous pression dans cette poche, qui vient à peine de se vider, et qui non encore rétractée est très friable, nous risquons de la rompre et de provoquer ainsi une poussée de pelvi-péritonite ou même une péritonite généralisée. Cela se voit quelquefois, et bien des femmes doivent à ces lavages, une recrudescence de leurs symptômes douloureux quelque temps après l'incision ou la ponction, phénomènes mis à tort sur le compte de l'évacuation trop brusque de la cavité purulente.

Signalons en passant les bienfaits immédiats de la ponction vaginale.

Dès le lendemain, quelquefois dès le soir même de l'opération les phénomènes généraux s'apaisent, la fièvre s'abaisse, les malaises, les envies de vomir se dissipent, l'appétit renaît. C'est même chose merveilleuse, que de voir des femmes,

opérées dans des conditions de déchéance organique extrême, renaître, pour ainsi dire, rapidement à la vie. Cette amélioration immédiate se continue à mesure que la paroi suppurante se rétracte et se tarit, de telle sorte qu'on peut dire que l'état de la courbe thermique traduit fidèlement l'état local. Ensemble, ils suivent une marche parallèle vers la guérison.

Les pansements sont renouvelés tous les jours ou tous les deux jours. Cela dépend de la dimension de la cavité tubaire. C'est seulement après trois ou quatre pansements successifs, que nous nous permettons des lavages de la poche, car, grâce à la rétraction, nous sommes assurés de la solidité de sa paroi.

Il faut être bien prévenu que la fistule tubo-vaginale a une grande tendance à se cicatriser rapidement. Si on l'abandonnait à elle-même, au bout de huit jours rien ne passerait, la cavité se remplirait à nouveau, et tout serait à recommencer.

On doit continuer les pansements, jusqu'à ce que l'exploration directe, digitale, ait démontré que la poche est bien rétractée et ne sécrète plus. On peut encore apprécier l'état de la poche, par le degré d'imbibition purulente de la mèche. Il ne faut cesser les pansements que lorsque la mèche drainante ressort du trajet, propre ou à peu près.

Si l'on vient à s'apercevoir de la rétraction progressive de la fistule, il est indiqué d'en dilater l'orifice et, pour cela, on se sert à nouveau ou de la pince-trocart, ou plus simplement d'une laminaire ou des bougies d'Hegar.

C'est grâce à l'inobservance de cette précaution que plusieurs opérateurs ont vu les malades, auxquelles ils avaient fait l'incision du cul-de-sac postérieur, garder des fistules in-

terminables. Nous en retrouvons quelques observations dans la thèse de Blanc.

Polailлон (1), ayant dans un cas imité la conduite de Laroynne, observa chez sa malade une fistule purulente vaginale, ce qui l'engagea à considérer l'incision par la voie vaginale comme devant être seule appliquée aux poches à coque épaisses, pourvues de parois résistantes.

Reclus a vu une fistule survenir après l'incision. Il fut obligé de recourir ultérieurement à la salpingo-oophorectomie par la voie abdominale et la malade succomba.

Monod a pu suivre une malade chez laquelle une fistule pyo-vaginale persista pendant 3 ans.

Terrier, Terrillon, Routier disent aussi avoir observé des fistules nombreuses.

Quant à nous, nous n'avons jamais observé cette complication opératoire, probablement parce que nous attendons, pour laisser l'orifice fistuleux suivre sa marche naturelle, que la poche soit bien et dûment rétractée.

Comme on le voit, les soins post-opératoires se bornent à bien peu de chose. Ils ont pour mérite la simplicité et pour résultat une guérison opératoire sinon curative le plus souvent, du moins toujours parfaite.

IV. — Accidents opératoires.

Ils sont de plusieurs ordres, mais il en est surtout deux à redouter, ce sont : 1^o les hémorrhagies, 2^o les blessures du rectum.

(1) POLAILLON, *Soc. de chirurgie*, 1890.

Les hémorrhagies abondantes, provoquées par la ponction vaginale, reconnaissent vraisemblablement pour cause la lésion d'une grosse veine du petit bassin.

Dans les quelques hémorrhagies que nous avons eu à combattre, le sang qui s'échappait par l'orifice de ponction était très noir. Il s'écoulait d'une façon continue et en abondance, caractères communs et spéciaux aux hémorrhagies veineuses. Dans ces cas-là, il ne faut pas chercher à y voir.

Laroyenne a indiqué un moyen presque infaillible de parer à cet accident. Il nous a toujours réussi. C'est le procédé dit de *l'éponge*. Il consiste en ceci : une éponge vraie, de volume égal au poing, est attachée en son milieu à l'aide d'une grosse soie, qui permettra d'arriver jusqu'à elle au moment de son extraction. A l'aide d'une pince courbe, elle est saisie et portée au fond de la poche, de façon à ce que son milieu se trouve à cheval sur la tranche vaginale, une de ses moitiés faisant saillie et comblant la cavité de l'abcès alors que l'autre apparaît dans le vagin. Ce serait une illusion de penser que le bourrage à la gaze simple, suffirait à enrayer l'hémorrhagie. La gaze draine trop bien pour remplir cet office. L'éponge au contraire, en vertu de son élasticité, comprime le point saignant. En outre, la compression qu'elle exerce est d'autant plus sensible que son tissu est plus gorgé de sang.

Cette éponge est enlevée au bout de 48 heures. Il est tout à fait exceptionnel qu'à ce moment-là une nouvelle hémorrhagie vienne à se produire. Si cela avait lieu, semblable traitement serait encore applicable.

On trouvera dans nos observations, cet incident opératoire signalé trois ou quatre fois. Toujours l'écoulement veineux a pu être arrêté, sans inconvénient pour la malade.

Chez une de nos opérées, cependant (observation XXI), nous avons eu à lutter contre des hémorrhagies graves à répétition. Une première fois, au moment même de la ponction, une deuxième fois, deux jours après au moment de l'enlèvement de l'éponge. Chez cette même malade (tumeur colloïde de l'ovaire) *dix-huit jours après* l'opération, nous eûmes encore une hémorrhagie formidable par le *vagin et le rectum*, l'hémorrhagie par le vagin put être arrêtée, mais celle qui se faisait par le rectum continua et la malade mourut.

Nous arrivons au deuxième ordre de complications opératoires, *l'ouverture possible du rectum*.

Dans nos observations, nous en trouvons signalés deux exemples, survenus dans les circonstances suivantes.

Dans le premier cas (observation XIV), il s'agissait d'une femme de 24 ans qui présentait dans les culs-de-sac latéraux deux masses facilement perceptibles. Au moment de la ponction, il ne s'écoula que du pus et non des matières stercorales. Ce ne fut que deux jours après, au moment du retrait du drain, que l'on s'aperçut qu'il était imprégné de matières fécales. La fistule devait être très petite, car elle guérit spontanément sans nul traitement.

La deuxième observation (XXIX) a trait à une femme de 25 ans, porteuse dans le cul-de-sac postérieur d'une grosse masse facilement perceptible par le toucher simple et le palper bimanuel.

M. Chaput pratiqua cinq ponctions. Les trois premières furent faites avec le gros trocart de Chassaignac ; elles furent blanches. Les deux autres furent faites avec la pince-trocart. Celle faite dans le cul-de-sac latéral gauche donna issue à du

pus en abondance. L'autre, faite en arrière, donna issue à des matières fécales. Le rectum avait été *embroché*.

Il est probable qu'il s'agissait dans le cas particulier d'une vaste poche cloisonnée, les premières ponctions n'ayant ouvert que des loges insignifiantes. Si le rectum a été ouvert, c'est que vraisemblablement il adhéraient intimement à la loge principale ou que l'instrument a été dirigé trop bas.

Cet accident n'eut, du reste, aucune suite fâcheuse.

M. Chaput put faire, quelques jours après la ponction, un avivement des lèvres vaginales, sans toucher à la plaie rectale qui, du reste, était inaccessible. La malade sortit parfaitement guérie.

Que peut-on faire pour éviter cet accident ?

Il nous semble d'abord qu'il faut bien diriger son instrument vers l'axe du pelvis, et non pas en arrière vers les dernières vertèbres sacrées. A cet égard l'emploi de la pince-trocart courbe sera d'un effet plus sûr que celui de la droite. D'autre part, il faut toujours s'assurer en examinant la malade, des rapports qu'affecte la poche purulente avec le rectum. En outre, si l'on craint une échappée de l'instrument vers le rectum pendant l'opération, on aura soin de maintenir un doigt dans le rectum pour le protéger de la blessure.

Dans les divers procédés usités pour l'évacuation des abcès pelviens ou salpingiens par la voie vaginale, on a signalé quelquefois des lésions de l'uretère. C'est un accident que nous n'avons jamais eu à déplorer.

Il se pourrait encore, en explorant le pelvis par l'incision vaginale, qu'on mette cette région en communication avec la grande séreuse péritonéale.

Kelly rapporte 9 observations où la grande cavité périto-

néale fut ouverte. Il n'en résulta aucun inconvénient sérieux, probablement en raison de la stérilité du pus, comme cela s'observe assez souvent dans les pyosalpinx anciens et apyrétiques.

Pour terminer ce chapitre, disons un mot des ponctions blanches que l'on peut faire, qu'elles soient dues à une erreur de diagnostic (on peut prendre un fibrome postérieur pour un salpinx par exemple), soit encore que l'instrument ait fait fausse route en passant à côté de la collection.

Cela n'a *aucune importance*, à la condition de ne pas insister. Il vaut mieux recommencer ailleurs que de pousser trop profondément son instrument.

CHAPITRE III

Résultats fournis par l'incision ou la ponction vaginale à la pince-trocant, d'après nos observations.

Gravité opératoire. Résultats immédiats. Résultats éloignés.

A. — Gravité opératoire.

L'examen attentif de nos trente-six observations permet d'abord de mettre en évidence un point important au point de vue du pronostic opératoire immédiat. C'est la bénignité extrême de l'intervention. Ce que nous disons là peut paraître paradoxal si nous n'envisageons que la statistique brute de ces 36 interventions, parmi lesquelles nous trouvons deux morts.

Mais ces morts sont-elles imputables à la ponction ?

Evidemment non, et, pour le démontrer, nous n'avons qu'à lire ces deux observations.

La première (obs. XXI) a trait à une femme de 38 ans amenée à l'hôpital dans un état tellement grave qu'elle dut être opérée d'urgence le jour même. Elle présentait des symptômes manifestes d'*infection purulente* : péritonite généralisée, double pyosalpinx, fonte purulente de l'œil, température très élevée (40°), pouls petit et rapide, état général extrêmement précaire. Elle subit une ponction du vagin qui donna issue à un litre de pus, l'œil gauche dut être énucléé, une injection massive de sérum fut faite. Malgré tout, les

phénomènes persistèrent et s'aggravèrent et elle succomba trois jours après l'intervention.

Était-ce la ponction qui l'avait tuée ? Nous ne le pensons pas, car nous voudrions bien savoir quel genre d'opération l'aurait guérie ?

Le second décès (obs. XXII) est relatif à une personne de 45 ans qui après avoir subi une ponction pour abcès pelvien le 4 juin, succombe le 24 juin, c'est-à-dire *20 jours après la ponction* à la suite d'hémorragies intestinales abondantes et répétées, se faisant à la fois et par la fistule presque complètement cicatrisée et par le rectum. Ces hémorragies étaient occasionnées par une tumeur maligne abdominale, métastatique. Il ne viendra, pensons-nous, à l'esprit de personne d'affirmer que si, dans ce cas également, la ponction n'avait pas été faite, notre malade ne serait pas morte.

Nous dirons donc, en matière de conclusion : la ponction vaginale à notre manière est une opération d'une bénignité extrême, car sur nos trente-six observations nous n'avons aucun cas de mort qui lui soit directement imputable. Ce résultat du reste ne doit point être pour nous surprendre, car si on consulte la statistique de Rosenblat portant sur 321 cas d'incision vaginale, on trouve seulement 5 morts, ce qui fait environ 1,7 pour cent.

B. — Résultats immédiats.

Les résultats immédiats de la ponction sont également surprenants. Ils s'affirment d'abord, dès le moment même de la ponction. La malade est à peine réveillée, qu'elle dit se

sentir mieux. Les douleurs abdominales l'ont presque complètement abandonnée, elle demande à boire et veut manger.

S'il y avait de la température, on la voit s'abaisser dès le jour même et, en quelques jours, revenir au taux normal.

Du reste, cette amélioration ne va faire que s'affirmer par la suite, et les malades demandent au bout d'une semaine à se lever tant elles se sentent mieux. On peut autoriser les opérées à se lever vers le 10^e jour. Il ne faut pas les tenir au lit trop longtemps. La station debout, ainsi que l'ont observé plusieurs gynécologues, facilite le drainage de la poche. Les liquides ne stagnent plus parce que l'orifice fistuleux devient plus déclive.

La cicatrice de la fistule a, ainsi que nous l'avons dit, une grande tendance à se faire rapidement. Il faut lutter contre cette tendance, car si la fistule se fermait trop vite la poche ne serait pas complètement rétractée et alors, ou l'abcès se refermerait, ou il persisterait indéfiniment un petit suintement purulent.

C'est vers la fin de la 3^e semaine que les malades sortent de l'hôpital. Quelquefois cependant, lorsque le pyosalpinx était volumineux et que l'on soupçonne une rétraction lente de ses parois, il faut garder les malades pour leur continuer les pansements et ne délivrer leur exeat qu'au bout d'un mois et demi.

De cette façon on sera sûr d'avoir un résultat parfait.

C. — Résultats éloignés.

La méthode de l'incision vaginale ou de la ponction à no-

tre manière, qui n'en est du reste qu'une variante, peut-elle guérir définitivement les malades atteintes de pyo ou hydro-salpinx ?

Cela est bien certain.

La plupart des malades, traitées par cette méthode, *guérissent radicalement*. Il n'y a, pour s'en rendre compte, qu'à consulter les observations de Blanc, de Goullioud, de Bouilly, de Le Dentu, de Kelly et de bien d'autres encore.

Il nous suffira du reste actuellement, pour affirmer la réalité de cette assertion de tabler simplement sur nos propres observations. Pour nous permettre d'apprécier à leur juste valeur les résultats définitifs de l'opération que nos malades avaient subie, nous nous sommes livré à une enquête assez minutieuse.

Nous sommes entré en correspondance avec nos malades, quelques-unes sont venues nous voir et si nous ne consignons pas ici *tous* les résultats éloignés, c'est ou bien qu'il nous a été *impossible de savoir ce que certaines malades étaient devenues*, ou encore parce que *quelques observations étaient trop jeunes de date* pour fournir à notre statistique autre chose qu'un jugement immédiat.

Sur 34 malades, nous savons ce que 19 sont devenues.

Or, sur ces 19, il se trouve justement que toutes ont été radicalement guéries par l'incision ou la ponction vaginale.

En ce qui concerne les pyosalpingites, voici notre statistique de guérison :

Guérisons définitives se maintenant depuis	<i>six ans</i>	1 (obs. I).
—	<i>cinq ans</i>	1 (obs. II).
—	<i>dix-huit mois</i>	3 (obs. III, IV, V).
—	<i>dix-sept mois</i>	1 (obs. VI).
—	<i>quinze mois</i>	2 (obs. VII, VIII).

Guérisons définitives se maintenant depuis	<i>douze mois</i>	2 (obs. IX, XI).
—	<i>onze mois</i>	1 (obs. XII).
—	<i>dix mois</i>	1 (obs. X).
—	<i>sept mois</i>	1 (obs. XIII).
—	<i>six mois</i>	2 (obs. XIV, XV).
—	<i>cinq mois</i>	1 (obs. XVI).

En ce qui concerne les hydrosalpinx, les résultats sont aussi favorables.

Guérison définitive. Depuis.	<i>six ans</i>	1 (obs. XVII).
—	<i>cinq ans</i>	1 (obs. XVIII).
—	<i>un an</i>	1 (obs. XIX).

L'observation XIX mérite quelque attention, parce que la malade qui en fait l'objet, après avoir été guérie pendant un an de son hydrosalpinx, a vu sa trompe s'infecter à nouveau, mais cette fois sous forme de pyosalpinx. Cependant, nous sommes d'avis, que si sa trompe a suppuré, c'est que vraisemblablement, la malade a contracté une blennorrhagie avec infection secondaire de la trompe.

Malgré tout, nous la rangeons parmi les guérisons définitives, car il ne peut s'agir là d'une récurrence du mal et sous une autre forme.

Quant aux 15 autres cas, que nous n'avons pu suivre ultérieurement, ils viendront simplement, à l'appui de ce que nous avons dit au sujet des bienfaits immédiats de la ponction. Ces malades sont toutes sorties de l'hôpital guéries, pouvant marcher, ne se plaignant nullement, leur fistule complètement cicatrisée.

Chez une de nos malades (observation XIII), nous avons vu une grossesse débiter 2 mois après la ponction et persister actuellement dans de bonnes conditions. Ce fait, entre parenthèse, vient à l'encontre de ce que soutient Pozzi (1),

(1) Pozzi, *Soc. chirurgie*, 1890.

lorsqu'il dit, que les malades qui après incision finissent par guérir en conservant leurs annexes, sont impropres à la reproduction, par suite du travail de sclérose qui rend les trompes imperméables.

La possibilité d'une grossesse, après ouverture vaginale des collections salpingées, n'est plus une chose qui ait besoin d'être défendue à l'heure actuelle.

Tous ceux qui ont pratiqué ce genre d'intervention ont certainement observé des grossesses de par la suite.

Sans chercher bien loin, nous citerons les cas de Goullioud qui, après 33 ponctions suivies de débridement, a vu quatre opérées avoir une conception ultérieure.

Betrix (1) ayant guéri par la simple ponction une de ses malades atteinte d'une double collection tubaire, pyohémato-salpinx à droite, hydrosalpinx à gauche, a vu sa malade devenir enceinte quelque temps après.

Si l'argument de Pozzi était exact, il nous fraudrait évidemment condamner la méthode de l'incision vaginale ou tout au moins limiter ses indications, car ce qui fait surtout le mérite de cette méthode, c'est qu'elle est généralement appliquée dans un but de conservation, conservation de fonction et d'organe.

(1) BETRIX, *Congrès de Rome*, 1890.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Toutes les observations publiées dans ce travail sont inédites, moins les deux premières, M. Chaput a bien voulu nous les confier. — Nous l'en remercions bien vivement à nouveau.

OBSERVATION I (CHAPUT).

Salpingite double suppurée. — Incision vaginale. — Guérison parfaite persistant six ans après l'opération.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, mariée à 21 ans, restée stérile, sans symptomatologie bien nette de blennorrhagie antérieure, qui en juin 1891, commença à avoir des règles très abondantes et douloureuses, avec écoulement jaunâtre par le vagin.

En décembre 1891, elle est immobilisée au lit par une poussée très nette de pelvi-péritonite.

En février 1892, je constate au toucher, l'existence de deux poches, salpingiennes, l'une grosse et rapprochée du vagin, située à droite, l'autre plus petite et plus élevée.

Le 14 avril 1892, je pratique le curage de l'utérus et je ponctionne la poche droite, mais il ne s'écoule que 20 à 30 grammes de pus phlegmoneux. La tumeur restant ainsi volumineuse et la malade refusant la laparotomie, je pratique le 21 avril une incision transversale de 4 à 5 centimètres dans le cul-de-sac postérieur.

Je décolle avec l'index la face postérieure de l'utérus, mais j'arrive avec peine sur les poches ; la poche gauche est ponctionnée à la sonde cannelée pointue, puis incisée, mais rien n'en sort.

Même manœuvre à droite ; il ne s'écoule qu'une demi-cuillerée à bouche de pus, le doigt arrive dans une cavité lisse à parois solides et épaisses.

Drainage iodoformé. Cicatrisation rapide. La malade reste au lit 3 mois, en faisant chaque jour des injections très chaudes. En juin, la malade se lève, il ne reste plus qu'une induration insignifiante dans le cul-de-sac postérieur. En novembre, la guérison persiste, la malade a repris la vie de tout le monde.

(Obs. de CHAPUT, in thèse MACQUART-MOULIN, 1893.)

Cette malade a été revue dans le cours de l'année 1898. Elle va très bien, elle n'a pas souffert du ventre. Ses règles sont régulières et elle peut vaquer à ses occupations, sans fatigue.

OBSERVATION II (CHAPUT).

Grosse salpingite blennorrhagique. — Incision par le vagin. — Drain de Verchère-Malecot. — Guérison parfaite persistant cinq ans après l'opération.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui fut prise à la fin d'août 1892, d'une poussée grave de pelvi-péritonite, pour laquelle deux médecins m'envoyèrent chercher pensant l'ouverture du ventre nécessaire.

Nous fîmes ensemble un traitement expectant et la malade ne tarda pas à aller mieux, mais il lui restait un écoulement utérin purulent, abondant, avec douleurs et une grosse poche dans le cul-de-sac gauche.

Le 9 septembre 1892, je fis l'incision vaginale, en me servant au lieu du trocart de Laroyenne, d'une grosse et longue sonde cannelée, pointue, avec laquelle je ponctionnai la collection.

Du pus étant sorti par la rainure, j'excisai largement, et lavai la poche au permanganate à 1 pour cent. Une grosse artère donnait au fond de la plaie, je fis l'hémostase avec une grosse éponge, d'après le procédé de Laroyenne.

Au bout de trois semaines, l'incision se rétrécissant trop vite, j'imaginai de placer à demeure un gros tube Verchère-Malecot, construit sur le principe de la sonde à demeure de Malecot. Ce tube fut laissé en place jusqu'au 21 novembre. Pendant tout le temps qu'il resta en place on fit deux fois par jour des injections d'eau bouillie. L'utérus qui avait été curé le 9 novembre, fut toutes les semaines injecté à la teinture d'iode, dédoublée pour lutter contre la réinfection de l'utérus baignant dans le pus vaginal.

A la fin de novembre 1892, il n'y a plus rien dans le cul-de-sac, l'ouverture est fermée, toutes les douleurs ont disparu, la malade doit se lever le 10 décembre.

Le tube Verchère-Malecot présente un avantage sur tous les autres moyens de drainage ; en effet, la gaze iodoformée est très rapidement impossible à introduire, à cause du rétrécissement de l'orifice ; d'un autre côté, les tubes de caoutchouc ordinaire ne tiennent pas et sont constamment chassés. Rien de pareil avec les tubes de Malécot, qui

peuvent rester en place jusqu'à la fin du traitement et qui suppriment tout pansement, les injections vaginales maintenant la poche aseptique.

(Obs. de CHAPUT, in thèse de MACQUART-MOULIN, 1893.)

Cette malade a été revue cette année même, elle va tout à fait bien, et n'a plus souffert depuis son opération.

La guérison s'est donc maintenue parfaite pendant cinq ans.

OBSERVATION III (CHAPUT).

Pyosalpinx et fibrome. — Ponction vaginale de deux poches à l'aide de la pince-trocart. — Guérison parfaite constatée dix-huit mois après l'opération.

Mme Coh..., âgée de 37 ans, entre à la maison Dubois, dans le service du D^r Chaput, le 15 avril 1897.

Réglée à 12 ans et depuis régulièrement.

Mariée à 19 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche.

Il y a cinq ans, périmétrite violente, terminée par la guérison.

Il y a dix-huit mois, péritonite. Depuis ce moment-là, les règles sont irrégulières. On constate à cette époque dans le ventre et à droite une masse dure, immobile.

Au mois de mars 1896, la malade a vu dit-elle du pus dans ses selles. Cette évacuation aurait coïncidé avec une atténuation marquée de ses douleurs. Par la suite, toujours du pus dans les selles. A chaque évacuation diminution parallèle de la tumeur. Il y a 12 à 15 jours une nouvelle grosseur a fait son apparition à gauche dans la fosse iliaque. La malade se plaint beaucoup en cette région. Abondante évacuation de pus, il y a 7 jours, 2 jours et ce matin.

A l'examen, le ventre est gros et résistant. On sent une masse volumineuse, remontant jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Douleurs dans les fosses iliaques.

Au toucher, le col est déjeté, vers le cul-de-sac gauche, assez gros. Son orifice externe bâille largement et laisse échapper du mucus.

La paroi du cul-de-sac droit semble normale, mais on sent profondément une grosse masse résistante qu'on arrive à délimiter par le

palper bimanuel. Elle s'étend en effet vers la fosse iliaque droite et remonte jusqu'à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Dans le cul-de-sac gauche, on perçoit une masse moins volumineuse que la précédente, qui du reste remplit le cul-de-sac postérieur.

L'utérus semble immobile.

La température avant l'opération oscille entre 39°-40°, douleurs vives.

Opération le 29 avril 1897.

Ponction dans le Douglas, avec la grande pince-trocart droite. Cette manœuvre amène l'évacuation *d'une grande quantité de pus bien lié, verdâtre, fétide.*

Il persiste toutefois deux masses volumineuses (tête de fœtus), l'une à droite, l'autre à gauche, toutes les deux de consistance fibromateuse. Ponction dans ces deux masses. La ponction de droite révèle un fibrome. Celle de gauche ouvre un *énorme abcès.*

Lavage des poches à l'eau phéniquée à 2 0/0.

Deux gros drains avec fils sont placés dans la poche médiane, une autre dans la poche gauche.

Le 8 juin suppression du tube de gauche.

Un mois après la malade sort de l'hôpital, le trajet fistuleux complètement cicatrisé. Elle ne souffre plus.

Résultats éloignés. — A la date du 1^{er} décembre 1898, c'est-à-dire 18 mois après l'opération, Mme Coh... nous écrit pour nous exprimer toute sa satisfaction au sujet de l'opération qu'elle a subie, sa santé générale est tout à fait florissante. Elle perd très peu au moment de ses époques qui sont cependant irrégulières. Quelquefois dans l'intervalle des règles, elle voit un peu de sang. Se livrant sans fatigue à ses occupations habituelles, elle ne ressent aucune douleur au niveau des fosses iliaques. Les rapports conjugaux se font normalement et sans douleur.

De telle sorte que cette malade peut être considérée comme définitivement guérie.

Quant à son fibrome, il ne paraît pas la gêner beaucoup, car il ne se révèle que par des pertes insignifiantes.

Pas de grossesse.

OBSERVATION IV (CHAPUT).

Pyosalpinx aigu. — Double ponction à l'aide de la pince-trocart.

Guérison persistant dix-huit mois après l'opération.

Mme la comtesse de Str... âgée de 40 ans, habitant Java, entre à la maison Dubois le 12 juin 1898 (Service du Dr Chaput).

Réglée à 16 ans et depuis régulièrement et abondamment. Mariée à 22 ans, ni enfant, ni fausse couche.

Elle fut soignée, il y a cinq ans à Nice, pour une métrite.

Maladie actuelle. — Dix jours avant son hospitalisation, à la suite de règles normales, la malade a été prise subitement de douleurs dans le ventre, de vomissements alimentaires, puis bilieux. Le ventre est devenu gros, tendu, l'état général inquiétant. Cependant, la température n'a jamais dépassé 37° 5 à 38°.

Repos au lit, et dès le cinquième jour, amendement des phénomènes.

La malade se met en route pour la Hollande, mais ce voyage provoque des accidents analogues et la malade s'arrête à Paris.

A notre examen, la malade se plaint de douleurs abdominales vives, surtout marquées dans la fosse iliaque gauche. Le ventre est ballonné.

Au toucher, on sent un col petit, conique, de consistance ferme en position normale.

Le cul-de-sac antérieur paraît sain. Le droit est souple, dépressible, non douloureux.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on constate la présence d'une grosse masse (tête de fœtus) régulière, remplissant aussi le cul-de-sac postérieur.

Le palper bimanuel permet de mieux préciser le volume de la tumeur qui remonte à 4 travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Vives douleurs dans ces culs-de-sac. L'utérus est parfaitement mobile. Notons en passant une sténose considérable de l'orifice externe du col, hystérométrie, 7 centimètres.

Opération le 12 juin 1897.

1° Curage de l'utérus après débridement préalable du col.

2° Deux ponctions blanches à l'aide du gros trocart droit dans les culs-de-sac postérieur et gauche.

3° Ponction à gauche avec la pince trocart. Il sort un *liquide séreux*, rempli de fausses membranes, mais dans le haut de cette poche, bombe une nouvelle poche qui est ponctionnée de la même façon. Il en sort *du pus phlegmoneux*.

4° En arrière dans le cul-de-sac postérieur, première ponction blanche avec la pince.

Deuxième ponction, positive cette fois, donnant issue à une grande quantité de *pus phlegmoneux*.

Deux gros drains sont placés dans les poches et descendent par le vagin jusqu'à 2 centimètres en dehors de la vulve.

Injections phéniqués dans les poches.

La malade est prise, une demi-heure après son retour à la chambre, d'une grosse hémorragie.

Tamponnement à la gaze, suppression du tubè gauche, 300 grammes de sérum intraveineux.

14 juin. — Ablation de la mèche, gros drain dans la poche de gauche. Il entre loin.

15. — Ecoulement stercoral peu abondant par l'orifice médian.

23. — Ablation des deux tubes.

28. — Disparition de l'écoulement stercoral. Plus de poches. Simple induration au niveau de la poche gauche.

16 juillet. — La malade sort, l'orifice fistuleux complètement cicatrisé. Le toucher ne donne plus la sensation d'induration au niveau des annexes.

Résultats éloignés. — Mme de Str... qui passe sa vie et son temps en pérégrinations entre la Hollande, Paris, et Java, nous a fait connaître de ses nouvelles ce mois-ci (décembre 1898).

Depuis son opération, elle se porte très bien. Ce qui le prouve surabondamment, c'est qu'elle peut se livrer sans réserves aux fatigues de longs voyages. Elle dit n'avoir plus souffert du ventre.

OBSERVATION V (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Double ponction vaginale à la pince-trocart. —
Guérison persistant dix-huit mois après l'opération.

Mme Cad..., âgée de 44 ans, entre le 5 juillet 1897 à la maison Du-bois (Service du D^r Chaput).

Réglée à 14 ans et normalement depuis.

Pas de grossesse.

A 33 ans, a eu une fluxion de poitrine, qui a duré deux mois.

Maladie actuelle. — Elle se plaint de douleurs datant d'il y a un an, mais depuis trois semaines, ces douleurs se sont accentuées sans cause appréciable. Elles siègent au niveau du ventre dans les deux fosses iliaques, principalement du côté gauche. Les règles ne semblent pas avoir effet sur ces douleurs, mais elles sont fréquentes, survenant toutes les trois semaines et durant de 5 à 6 jours.

Dans l'intervalle des règles, leucorrhée.

A l'examen physique, on constate que le ventre est assez tendu. La palpation en est assez difficile et éveille de la douleur dans la région des annexes des deux côtés.

Au toucher vaginal, on trouve que le col est sain, le cul-de-sac droit est souple et assez dépressible, sensible au toucher.

Quant au cul-de-sac gauche, le toucher éveille à son niveau une douleur très vive.

On y sent une tuméfaction volumineuse, comme le poing.

Il a perdu sa souplesse. Dans le cul-de-sac postérieur, il semble y avoir une seconde poche purulente, plus volumineuse encore. Température élevée, 39°.

Le palper bimanuel révèle une masse, le long du bord gauche de l'utérus. A l'hystéromètre l'utérus a 6 centimètres.

Opération le 8 juillet 1897.

1^o Curage de l'utérus.

2^o Ponction à la pince-trocart de la poche gauche.

Il en sort une énorme quantité de *pus phlegmoneux*.

Lavage boriqué et phéniqué.

Nouvelle ponction en arrière dans le cul-de-sac postérieur, issue d'une grande quantité de pus.

Bouffage à la gaze aseptique.

10 juillet. — Drains dans la cavité.

Résultats éloignés. — Cette malade a été revue en novembre 1898, c'est-à-dire près de dix-huit mois après son opération. La guérison était parfaite ; l'utérus était parfaitement mobile, les culs-de-sac souples. La malade se plaint simplement de douleurs de jambe dues à des varices et de quelques douleurs abdominales dans la *station debout*.

OBSERVATION VI (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocant. — Guérison constatée 17 mois après l'opération.

Mme Verg..., âgée de 32 ans, entre le 22 juin 1897 à la maison Dubois (Service du Dr Chaput)

Réglée à 14 ans et toujours bien, mariée à 20 ans.

Son mari paraît avoir contracté une blennorrhagie pendant son mariage. Notre malade a eu un enfant, un an après ses noces. Accouchement normal. A 29 ans, a eu une fièvre typhoïde sans gravité.

La malade est rentrée le 22 juin avec 38° 4 de température et des signes de péritonite. Vomissements répétés, bilieux, verdâtres qui ont cessé le lendemain. Ballonnement du ventre qui est douloureux. Applications de glace sur l'abdomen et piqûres de morphine répétées. Les jours suivants, le ventre est toujours tendu. Elle continue à souffrir beaucoup.

Examen nouveau le 22 juillet.

Par le toucher, on sent, dans le cul-de-sac gauche, une masse dure, collée contre l'utérus.

La palpation abdominale est toujours très sensible.

Opération le 22 juillet 1897.

1° Curage de l'utérus.

2° Ponction à la pince-trocant à droite, ponction blanche. A gauche, également ponction blanche.

Deuxième ponction plus en avant, donnant issue de 60 à 100 grammes de pus *phlegmoneux bien lié*.

3° Dans l'utérus, éponge préparée.

Dans les orifices de ponction, une grosse éponge ordinaire.

Résultats éloignés. — Cette malade, qui était sortie de l'hôpital 35 jours après l'opération, nous a donné de ses nouvelles ces jours derniers. De juillet à janvier, dit-elle, elle souffrit beaucoup de douleurs aiguës et continues, qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital Cochin, le 4 janvier. Là, elle subit un curettage. Depuis lors l'état de la malade s'est très sensiblement amélioré et aujourd'hui, elle déclare aller très bien. Bien que le résultat immédiat de la ponction vaginale semble n'avoir pas été excellent, il nous semble que les souffrances éprouvées par la malade de juillet à janvier doivent être mises sur le compte de la métrite, et non d'une nouvelle poussée de salpingite, car en effet, tous ces phénomènes tombèrent à la suite d'un curettage qui lui fut fait à cette époque. Nous pouvons donc dire en matière de conclusion que ce cas nous paraît militer, aussi bien que les précédents, en faveur de l'excellence de la ponction vaginale.

OBSERVATION VII (CHAPUT).

Pyométrite sénile. — Abcès du Douglas. — Ponction à la pince-trocart
— *Malade revue 15 mois après l'opération en excellent état.*

Mme Ber... âgée de , entre à la maison Dubois le 28 octobre 1897 (Service du Dr Chaput).

Réglée à 15 ans et toujours bien.

A eu deux enfants qui sont en bonne santé. Les accouchements ont été normaux, sans accidents.

N'a jamais eu de pertes blanches. Ménopause survenue à 51 ans. Depuis cette époque, a grossi beaucoup et s'est toujours très bien portée, conservant un appétit parfait.

Maladie actuelle. — Date d'il y a six semaines. La malade se plaint d'écoulements survenus à cette époque, sans motif aucun, écoulements très fétides, gênant énormément la malade elle-même, de couleurs noirâtre et jaunâtre alternativement. Elle ne souffre pas du tout.

A l'examen, on constate par la palpation, que l'utérus est relativement gros.

Le toucher n'offre rien de particulier, si ce n'est un col très sain et des culs-de-sac normaux.

A l'hystéromètre, l'utérus donne de 9 à 10 centimètres.

Le 2 octobre, *curage* de l'utérus. La curette ramène de grosses fongosités molles qui ne paraissent pas cancéreuses, application de teinture d'iode, chlorure de zinc, bourrage à la gaze. Le lendemain gros drain dans l'utérus.

Le 13 octobre, ablation du drain, lavages intra-utérins.

Les jours qui suivent, on voit la température monter à 39° le soir, à 38°5 le matin. En même temps, on constate une tuméfaction considérable, soulevant la paroi vaginale postérieure avec œdème de la paroi recto-vaginale.

Le 28 octobre, ponction à la pince-trocant. Ecoulement abondant de pus.

Eponge hémostatique. Nouveau curage de l'utérus.

Amputation du col. Bourrage à la gaze.

La malade sort trois semaines après la dernière intervention complètement guérie. L'orifice de la fistule est fermé, on ne sent ni tuméfaction, ni induration au niveau du cul-de-sac postérieur.

Résultats éloignés. — A la date du 30 novembre 1898, nous revoyons Mme Ber...

Sa santé est bien meilleure qu'avant l'opération. Elle ne souffre pas du tout du ventre, ne perd ni en blanc ni en rouge dans l'intervalle de ses règles et déclare pouvoir se livrer aux travaux du ménage sans inconvénient aucun. Elle s'estime très heureuse de l'opération qu'elle a subie.

OBSERVATION VIII (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction de deux poches à la pince-trocant.

Malade revue quinze mois après son opération. Résultat excellent.

Mme Verd..., âgée de 47 ans, entre le 23 juillet 1897 à la maison Dubois, dans le service du Dr Chaput. Réglée à 15 ans et depuis, toujours normalement.

S'est mariée à 25 ans. Avait eu à 20 ans un enfant mort-né. Vers 33 ans, a eu une péritonite subaiguë. D'après ses réponses, elle ne semble pas avoir d'antécédents blennorrhagiques (?).

La maladie actuelle a, dit-elle, débuté brusquement à la suite de fatigues et de veilles prolongées. Les douleurs ont été le premier symptôme. Elles ont fait leur première apparition, il y a trois mois, siégeaient et siègent encore dans le bas-ventre, mais principalement dans la fosse iliaque droite.

Les règles toujours normales duraient de 2 à 3 jours, mais elles ont changé de caractère depuis l'apparition des douleurs. Devenues plus abondantes elles durent de 4 à 5 jours. L'examen physique montre que la palpation est douloureuse, on sent que l'utérus est augmenté de volume. Au toucher le col a son orifice tourné en arrière et il existe une petite déchirure à son niveau.

Les culs-de-sac antérieur et latéral gauche sont libres et souples. Dans le cul-de-sac postérieur on sent un petit noyau assez dur et un cordon qui paraît être la trompe prolabée. Quant au cul-de-sac latéral droit, il est occupé par une grosse masse du volume du poing, masse fluctuante et volumineuse.

Opération le 27 juillet 1897.

Anesthésie à l'éther.

1^o Curage de l'utérus ;

2^o Ponction de la tumeur de droite à la pince-trocant. Quantité énorme de pus phlegmoneux de 600 à 1000 grammes. Eponge hémostatique à demeure ;

3^o Ponction d'une tumeur persistant dans le Douglas. Ecoulement de pus. Eponge.

Après ponction, l'utérus qui paraissait énorme antérieurement revient à des dimensions restreintes.

Drainage, tube à ailettes, lavages.

Le 2 octobre. — Le trajet mesure de 6 à 8 centimètres. On continue les lavages.

Le 16 novembre. — Cicatrisation complète de la fistule. Les culs-de-sac sont parfaitement libres. La malade sort de l'hôpital.

Résultats éloignés. — Malade revue dans ces derniers temps. Guérison absolue. Culs-de-sac très souples,

OBSERVATION IX (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Hystérectomie partielle. — Ponction vaginale complémentaire. — Malade revue un an après l'opération. Guérison à peu près parfaite.

Mme Maz..., âgée de 24 ans, entre à la maison Dubois le 30 septembre 1897 (Service du Dr Chaput).

Réglée à 15 ans 1/2. Bien réglée la première année, elle perdait pendant une durée de 2 à 3 jours. L'année suivante, les règles sont devenues très abondantes, accompagnées de caillots. Elles duraient une huitaine de jours. Cet état a persisté jusqu'à l'époque actuelle.

Entre les règles parfois quelques pertes blanches.

Mariée à 21 ans. Les règles ont continué abondantes jusqu'en 1896. Le 3 août 1896, elle a encore ses règles.

Le 21 septembre, pertes très abondantes avec caillots : il y avait un retard de 18 jours. Elle perd encore pendant quelques jours tout en continuant à vaquer à ses affaires.

Le 24. — Elle se couche avec de la fièvre et des douleurs abdominales. Quelques jours après surviennent des vomissements avec des signes de péritonite.

Elle est soignée par son médecin ordinaire jusqu'au 9 décembre. Depuis cette époque jusqu'au 5 janvier 1897 elle est relativement bien portante.

Du 5 janvier au 12 mai de la même année, elle reste au lit, se plaignant de douleurs abdominales avec fièvre. Les douleurs siègent dans le côté gauche principalement.

Notre malade se relève le 12 mai ; cependant, elle continue à souffrir dans la fosse iliaque gauche, dans la région lombaire et la cuisse gauche.

A l'examen physique, on constate que la palpation abdominale éveille de la douleur sur les côtés de l'utérus et dans la région des annexes du côté gauche.

Au toucher, le col paraît sain, les culs-de-sac antérieur et latéral droit sont normaux.

Le cul-de-sac latéral gauche est douloureux. On y sent une tuméfaction fluctuante ; le palper bimanuel montre que cette masse qui est

énorme, proémine dans la fosse iliaque gauche. Dans le cul-de-sac postérieur enfin, on aperçoit la tumeur qui se prolonge de ce côté et qui est douloureuse.

Le toucher rectal donne des sensations analogues. L'utérus est en antéflexion et l'hystéromètre donne de 6 à 7 centimètres.

Opération le 2 octobre.

Pendant la toilette vaginale, nous notons un écoulement abondant de pus par l'anus.

1° Curage de l'utérus. Teinture d'iode. Chlorure de zinc.

2° Amputation du col : 4 centimètres.

Au premier coup de ciseaux à gauche, écoulement de pus épais et fétide. A droite, même chose.

Après section du col, élargissement de l'ouverture de la poche gauche avec la pince-trocart.

Bourrage à la gaze aseptique. Guérison immédiate rapide. Sortie de l'hôpital trois semaines après.

Résultats éloignés. — Nous avons revu cette malade, un an après son opération. Il persistait une tumeur dure (œuf de pigeon) indolente dans le cul-de-sac postérieur. La malade ne souffrant nullement, ne demande pas une nouvelle opération.

OBSERVATION X (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Amputation du col. — Ponction à la pince-trocart. — Guérison définitive pendant dix mois.

Mme Bert..., âgée de 21 ans, entre à la maison Dubois le 1^{er} novembre 1897.

Bien réglée et régulièrement. A eu un enfant il y a 15 mois. A la suite d'un voyage un peu fatigant, une fausse couche, il y a cinq mois.

Il y a un mois, son ventre se ballonne et grossit. Elle consulte un médecin qui parle d'abcès ovarien et d'une rétroversion de l'utérus. Les douleurs alors peu accusées vont en augmentant et le 17 octobre elle s'alite. Depuis, elle souffre continuellement dans le ventre, surtout vers les reins et ensuite le long de la cuisse gauche jusqu'au genou.

A l'examen, le toucher vaginal montre que l'utérus est abaissé, le col est un peu entr'ouvert et ramolli.

Les culs-de-sac latéraux semblent être un peu empâtés ; quant au cul-de-sac postérieur, le toucher permet de constater qu'il est occupé par une masse du volume du poing paraissant faire corps avec l'utérus, dure, peu fluctuante, légèrement douloureuse à la pression. Cette masse se prolonge légèrement à gauche.

Opération le 11 novembre.

1° Curage de l'utérus.

2° Amputation du col élevée, pince à demeure.

3° Ponction dans le cul-de-sac postérieur à l'aide de la pince-trocart, *écoulement abondant d'un pus phlegmoneux bien lié.*

Bourrage à l'éponge.

Ablation des pinces et des éponges après 48 heures.

La malade quitte l'hôpital 23 jours après l'opération, elle ne présente ni induration ni fistule.

Résultats éloignés. — Le mari de cette dame, pharmacien de province, nous a écrit ce mois-ci pour nous dire que sa femme, son plus jeune fils, et la nourrice de ce dernier, ont *succombé* tous les trois au mois d'août dernier, emportés par une épidémie de *fièvre typhoïde*. Quant aux résultats de l'opération, ils se sont maintenus toujours excellents. Les règles étaient devenues très régulières depuis le mois de mars, la santé était redevenue florissante et les troubles douloureux avaient totalement disparu.

OBSERVATION XI (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Amputation du col. — Ponction vaginale avec la pince-trocart. — Guérison se maintenant un an après l'opération.

Mme Dela.. Julie, infirmière, âgée de 29 ans, entre à la maison Du-bois, le 31 novembre 1897.

Réglée à 15 ans et depuis régulièrement et normalement.

Mariée à 21 ans. Neuf mois après, premier accouchement, pas de suites fâcheuses.

A 26 ans, deuxième accouchement. Rien de particulier à signaler, si ce n'est que le ventre reste un peu gros, avec de légères douleurs, survenant au moment des règles.

Entre son premier et son deuxième accouchement, la malade sans cause occasionnelle nette fait une fausse couche de deux mois.

A 28 ans, troisième accouchement. Rien d'anormal à signaler.

Six mois après cet accouchement, la malade fait une fausse couche de trois mois.

Début de la maladie actuelle.

Dans la deuxième quinzaine de septembre, la malade a été prise de violentes douleurs dans le ventre surtout à gauche, ces douleurs continues pendant 24 heures diminuèrent ensuite d'intensité. Quant à la température qui dès les premiers jours était montée à 39°4 elle reste stationnaire.

Huit jours après s'être alitée, la malade est examinée par M. Chaput qui constate un utérus gros, de l'empâtement de la région des trompes et des signes de pelvi-péritonite blennorrhagique. Vagin chaud et cédé-mateux, ovaires très douloureux, douleur hypogastrique très violente à la pression et fièvre.

La malade reste près d'un mois au lit, puis reprend ensuite ses occupations habituelles. Elle s'aperçoit alors de pertes jaunâtres, présentant la consistance du pus, mais sans odeur.

La malade reste ainsi jusqu'au 12 novembre. A cette date, elle est prise de coliques et de violentes douleurs irradiées à tout le ventre et principalement du côté gauche.

La malade est forcée de se mettre au repos. La température égale 39°6.

Le 18 novembre, la palpation abdominale révèle une douleur très violente, du côté des annexes gauches.

Le toucher ne présente rien de particulier au niveau du cul-de-sac supérieur et du cul-de-sac latéral droit, mais dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche, on constate la présence d'une tumeur dure, résistante, très douloureuse à la pression. Température : 38°9.

Opération le 19 novembre 1897.

1° Curage de l'utérus ;

2° Amputation du col qui est gros, déformé, avec ulcérations ;

3° Ponction du cul-de-sac postérieur.

Il sort du sang en caillots et des flocons de pus très épais.

La poche mal limitée se prolonge à gauche. Elle présente à ce niveau une masse molle, d'apparence kystique, formée par l'ovaire et la trompe distendue.

Deux éponges vraies.

La malade sort 25 jours après son opération, la fistule est cicatrisée, les culs-de-sac souples et dépressibles.

Résultats éloignés. — Cette malade vient d'être revue. Elle est complètement guérie, elle ne souffre plus du ventre et s'est même remariée.

OBSERVATION XII (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocart. — Guérison persistant onze mois après l'opération.

La nommée Les..., âgée de 45 ans, entre le 21 janvier 1898 salle Delessert (hôpital Tenon) dans le service du Dr Chaput.

Réglée à 13 ans et depuis régulièrement.

Cinq grossesses à terme avec suites de couches normales.

Le 22 novembre 1897, pneumonie double. Pendant la convalescence de cette affection, vers la fin du mois de décembre, la malade ressentit tout à coup une douleur très vive dans le bas-ventre, surtout du côté gauche, avec vomissements, constipation et fièvre.

En même temps, la malade perdit du sang liquide et des caillots pendant huit jours, en dehors de l'époque habituelle des règles.

Actuellement, la malade est pâle, anémiée, très faible.

L'abdomen est légèrement saillant, un peu sensible au niveau de l'hypogastre.

La palpation permet de sentir l'utérus augmenté de volume et dans la fosse iliaque gauche, une tumeur dure, allongée transversalement, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis. A droite, on perçoit une masse beaucoup plus petite et moins douloureuse.

Par le toucher vaginal, on sent un col effacé en partie et dont l'orifice tendu transversalement est dirigé en avant.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent un bourrelet dur, saillant,

tandis que dans le cul-de-sac gauche, on tombe sur une masse molle, qui semble être une collection liquide.

Le toucher uni au palper permet de délimiter l'utérus dont le volume semble considérable.

A noter une quantité assez forte d'albumine dans l'urine.

Opération le 24 janvier 1898.

Pas de chloroforme.

Ponction à la pince-trocant, issue d'un *liquide louche*. Lavage bori-qué. Eponge vraie.

Il existe une cavité considérable en arrière dans le Douglas.

L'index recourbé en avant s'engage en outre dans deux cavités secondaires à parois épaisses, qui sont évacuées.

La malade quitte l'hôpital le 14 février.

Pas d'induration dans les culs-de-sac, fistule cicatrisée.

Résultats éloignés. — La malade nous envoie de ses nouvelles au commencement de décembre.

Elle dit que sa santé générale est bien meilleure qu'avant l'opération.

Ses règles sont régulières et durent trois jours. En outre, la malade raconte qu'elle a souffert du ventre quelques jours encore après l'opération, mais actuellement, dit-elle, je vais très bien, j'ai engraisé, mon ventre a grossi, je n'ai jamais été aussi forte, l'appétit est excellent et soutenu.

Elle se déclare enchantée de l'intervention.

OBSERVATION XIII (CHAPUT).

Pyosalpinx. — *Ponction à la pince-trocant.* — *Guérison parfaite se maintenant dix mois après l'opération.* — *Grossesse actuelle remontant à sept mois.*

La nommée Gall..., âgée de 23 ans, entre le 11 janvier 1898, salle Delessert (hôpital Tenon, service du Dr Chaput).

Réglée à 12 ans et depuis régulièrement.

Grossesse à terme à 18 ans, suites de couches normales.

Il y a six mois, la malade dit avoir rendu par le vagin à la suite d'un effort, une certaine quantité de liquide séreux.

Le 7 janvier 1898, à la suite, dit la malade, d'une injection vaginale un peu forte, se déclarèrent de vives douleurs dans le petit bassin et particulièrement à gauche. Ces douleurs étaient continues et augmentaient par la station debout.

Une seule fois la malade a vomi.

Actuellement, ces phénomènes douloureux persistent. Il existe un léger écoulement de sang par le vagin.

L'abdomen est tendu et douloureux.

Sur la ligne médiane, on sent une masse dure, qui semble être l'utérus. A gauche de cette masse, on en perçoit une deuxième à direction transversale, douloureuse à la pression, avec irradiations lombaires.

Par le toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche, une masse ferme, régulière, du volume d'une petite orange, qu'on délimite parfaitement par la palpation bimanuelle et qui remonte à gauche jusqu'à 3 ou 4 travers de doigt au dessus de l'arcade crurale.

Après quelques jours de repos, d'application de glace sur l'abdomen, et l'introduction d'une laminaire dans la cavité utérine, la température qui était élevée à l'entrée de la malade, s'abaisse notablement, les douleurs spontanées diminuent beaucoup, ainsi que la sensibilité de l'abdomen à la palpation.

Opération le 29 janvier 1898.

Ponction à la pince-trocart. Issue d'un pus très épais.

Mise en place d'une éponge.

La malade sort le 14 février.

Résultats éloignés. — A la date du 24 novembre, c'est-à-dire exactement dix mois après l'opération, la malade nous écrit ce qui suit : Après ma sortie de l'hôpital, je me suis mariée de suite. Mes règles sont venues le 6 mars et le 6 avril et depuis je n'ai pas revu. Mon ventre a grossi, je suis donc enceinte de sept mois. Je vous remercie beaucoup des bons soins que vous m'avez donnés, car je me porte bien et ma grossesse est normale.

OBSERVATION XIV (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocourt. — Guérison persistant six mois après l'opération.

La nommée Pill..., âgée de 29 ans, entre le 9 mai 1898, salle Delessert (hôpital Tenon, service du D^r Chaput).

Réglée à 13 ans, et depuis très régulièrement.

Mariée à 22 ans, a eu un enfant au mois de janvier 1898.

Accouchement normal, mais la malade reste six semaines au lit souffrant de violentes douleurs abdominales, localisées particulièrement à gauche. Vomissements alimentaires, état fébrile continu.

La malade se lève au mois de mars, la fièvre est tombée, l'appétit revenu, mais souffrances toujours vives dans l'abdomen, au point que la marche est pénible et qu'aucun travail fatigant n'est possible.

Les règles reviennent deux fois de suite en avril, à quinze jours d'intervalle. Les premières sont normales, les secondes douloureuses et prolongées. Depuis une huitaine de jours, la malade ne perd plus, mais les douleurs ont augmenté et s'accompagnent quelquefois de vomissements alimentaires.

La palpation de l'abdomen est très douloureuse. Le ventre est dur, les muscles tendus surtout à gauche. Il n'y a pas de ballonnement. Au toucher, col lisse, petit, à 1 centimètre environ de la vulve, l'orifice est transversal et irrégulier.

Le fond de l'utérus est difficile à sentir par le palper abdominal. L'utérus ne paraît pas mobile. Le cul-de-sac droit est empâté, on y sent une petite masse, mal délimitée et douloureuse.

Dans le cul-de-sac gauche on sent une masse volumineuse, grosse comme le poing, lisse, rénitente, remontant très haut. On détermine de la fluctuation en pressant le flanc gauche. Toucher rectal très douloureux. On sent à gauche, la même tuméfaction.

L'hystéromètre donne 10 centimètres.

La tumeur est accolée à l'utérus, car les mouvements qui lui sont imprimés, de haut en bas à travers la paroi abdominale, se transmettent au col.

Opération le 13 mai 1898.

Anesthésie générale. Ether, chloroforme.

Sous chloroforme, on constate la présence d'une tumeur fluctuante en avant de l'utérus, tumeur qui n'est pas la vessie. Cette tumeur paraît se rompre pendant l'examen. Incision du cul-de-sac antérieur. Nous n'ouvrons pas le péritoine.

Ponction de la masse gauche. Il en sort du pus. Eponge hémostatique. Deux jours après, écoulement stercoral par le vagin. *Le rectum a été embroché*. Cette fistule guérit spontanément en quelques jours et la masse diminue et disparaît presque complètement.

La malade sort le 13 juin, un mois après son opération.

Résultats éloignés. — Nous avons eu ces jours derniers des nouvelles de notre malade. Elle va très bien. Sa santé générale est meilleure qu'avant l'opération. Elle ne souffre plus du ventre. Ses règles sont assez régulières, mais elle perd peu. Ajoutons que notre malade peut exercer sa profession sans la moindre fatigue. Donc, guérison absolue, persistant plus de *six mois* après l'opération.

OBSERVATION XV (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocant. — Guérison persistant *six mois* après l'opération.

La nommée Post... Joséphine, âgée de 22 ans, entre le 27 juin 1898, salle Delessert (hôpital Tenon, service du Dr Chaput).

Réglée à 19 ans et demi. Règles d'abord normales durant deux ou trois jours. A 20 ans, accouchement à terme, les règles reviennent quatre mois plus tard. Dès ce moment, elles deviennent irrégulières, retardantes, durant quatre à cinq jours.

Depuis ses couches, la malade a souffert du ventre à diverses reprises, douleurs continues avec irradiations aux cuisses, mais chaque fois le repos au lit a calmé ces douleurs. Il y a dix jours, mêmes phénomènes douloureux, mais la douleur est cette fois plus vive, lancinante, continue, avec les mêmes irradiations.

A l'examen physique, le ventre apparaît ballonné, la percussion est très douloureuse, la palpation montre les points douloureux qui sont

toute la région hypogastrique avec la fosse iliaque gauche et droite.

Au toucher vaginal, le col est très abaissé, à 2 centimètres environ de la vulve, très déformé, il a son orifice externe allongé transversalement et déchiré. Il est dur.

Dans le cul-de-sac postérieur, on détermine de la douleur en même temps que le doigt y perçoit une masse volumineuse comme le poing, dure, lisse, très douloureuse à la pression.

Le palper combiné montre l'immobilité de l'utérus. Température normale, pas de fièvre.

Opération le 30 juin 1898.

Ponction à la pince-trocant sur la ligne médiane.

Ecoulement d'une quantité abondante de *sérosité louche* contenant des *flocons de fibrine*.

Ponction d'une seconde poche (œuf de pigeon) située à gauche, issue du *même liquide*.

Ponction d'une 3^e poche située plus haut, il en sort quelques caillots noirs et anciens.

Après trois ponctions, on ne sent plus aucune masse volumineuse. Eponge hémostatique.

Le 2 juillet, tube à ailettes.

La malade sort de l'hôpital le 15 juillet, définitivement guérie.

Résultats éloignés. — La guérison se maintient radicale six mois après l'opération.

OBSERVATION XVI (CHAPUT).

Grossesse et pyosalpinx. — Laparotomie exploratrice. — Ponction vaginale. — Guérison se maintenant cinq mois après l'opération.

Mme Leb..., âgée de 30 ans, entre le 18 juillet 1898 salle Delesert (hôpital Tenon, service du D^r Chaput).

Réglée à 14 ans. Ses règles furent toujours régulières sauf il y a huit ans, où elles furent arrêtées pendant sept mois. Des pertes blanches suivent toujours ses règles et durent quelques jours.

Dans ses antécédents, nous notons trois fausses couches, qui se pro-

duisirent toutes les trois, il y a cinq ans en l'espace de dix-huit mois.

La malade nie tout antécédent spécifique.

Etat actuel. — Il y a neuf jours, la malade fut prise de douleurs dans le ventre, elle raconte que ces douleurs surviennent par crises, que ces crises sont moins violentes et moins répétées lorsqu'elle reste dans l'immobilité absolue, augmentant au contraire par la station debout.

De plus, ces douleurs répétées dans tout l'abdomen, sont particulièrement vives à l'hypogastre, dans la fosse iliaque et le flanc droit. Elle dit avoir de la fièvre tous les soirs. La malade dit avoir eu ses dernières règles le 20 juin, ni plus ni moins abondantes que d'habitude.

L'inspection du ventre permet de constater qu'il est légèrement ballonné ; la percussion donne de la submatité dans la fosse iliaque droite. La pression et la palpation ne fournissent pas de renseignements bien nets. Le toucher vaginal et le palper bimanuel permettent de constater les signes suivants.

Le col de l'utérus est volumineux, il est dévié en haut et à gauche et de plus est ramolli. Son orifice est dilaté et permet d'introduire l'index. Enfin l'utérus n'est pas mobile. Si maintenant on explore les culs-de-sac on trouve dans la moitié droite du cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac latéral droit, une masse dure, volumineuse (gros œuf de poule), douloureuse à la pression, lisse, régulière, paraissant faire corps avec l'utérus et ne donnant pas la sensation de fluctuation.

Le toucher rectal permet de contrôler cette tumeur avec ces caractères.

Température : $36^{\circ}4$, pouls 80, mais la courbe de la température oscille entre $36^{\circ}4$ le matin et 38° le soir.

Opération le 21 juillet 1898.

Ether. Chloroforme. Trendelenburg.

1° Laparotomie médiane, utérus gros, mou et gravide, s'élevant à 3 doigts au-dessus de la symphyse.

En arrière et sur le côté, adhérences, recouvrant une tumeur sessile, qui semble suppurée (adhérences).

2° Toilette vaginale.

Ponction à la pince-trocart, *écoulement de pus.*

3^e Revenant à l'abdomen, M. Chaput constate un suintement sanguin persistant, deux mèches de gaze.

23 juillet. — Ablation des mèches et de l'éponge, remplacée par de la gaze.

Ultérieurement, fausse couche, infection, curage.

Résultats éloignés. — Cette malade qui s'est montrée à nous ces jours-ci est parfaitement guérie.

OBSERVATION XVII (CHAPUT).

Hydrosalpinx. — *Incision par le cul-de-sac postérieur.* — *Guérison persistant depuis six ans.*

Mme Larm.... Valentine, âgée de 20 ans, entre à la Salpêtrière (service de M. Terrillon, assistant M. Chaput), le 4 mars 1892.

Réglée à 14 ans. Règles régulières et abondantes. Mariée à 17 ans, elle eut il y a deux ans un enfant qui vint à terme et qui est actuellement bien portant. L'accouchement fut normal, mais les suites de couches mauvaises. La malade garda le lit pendant deux mois et eut de fortes douleurs dans le ventre et de nombreuses pertes blanches.

Ces phénomènes disparurent totalement. La malade était très bien portante, quand il y a deux mois, en pleine période menstruelle, elle eut froid en allant laver du linge. Ses règles s'arrêtèrent brusquement et aussitôt elle ressentit dans l'abdomen de violentes douleurs qui la forcèrent à s'aliter.

Depuis lors, ces douleurs, tout en étant moindres, ont persisté, elles sont intermittentes, et se font surtout sentir pendant la marche, pendant la défécation. Pas de troubles du côté du rectum ou de la vessie.

Depuis cet accident, les règles sont revenues deux fois, mais sont moins abondantes que de coutume.

Pertes blanches abondantes.

Examen. — Au palper, le ventre n'est pas volumineux.

Il est souple. On sent très facilement dans le bas-ventre une tumeur diffuse, bosselée, ce qui donne à la masse la sensation d'une agglomération de petites tumeurs réunies ensemble. On sent tout cela par la fosse iliaque gauche surtout, mais aussi très bien sur la ligne médiane

et dans la fosse iliaque droite. Elle remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

A ce niveau, il y a de la matité et la palpation est douloureuse. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse fluctuante à laquelle on communique les mouvements imprimés à la tumeur abdominale.

A ce niveau le toucher est douloureux.

Opération le 7 mars.

Incision du cul-de-sac postérieur du vagin.

Ecoulement d'une grande quantité de liquide clair.

En mettant les deux valves du spéculum dans l'incision, on découvre au fond, deux petites poches, de couleur bleuâtre, qui crèvent sous les pinces érigées et donnent issue à une nouvelle quantité d'un liquide semblable.

Ce sont deux *hydrosalpinx*.

L'intestin fait hernie, on le refoule et on se contente de mettre une mèche de gaze iodoformée entre les lèvres de la plaie, et une autre dans le vagin.

La malade continue à souffrir. Elle présente fin avril une masse dure ligneuse en arrière de l'utérus qu'elle immobilise avec une masse fluctuante, volumineuse à gauche.

5 mai 1892. — Laparotomie exploratrice faite par Terrillon.

On crève deux poches à liquide séreux et à parois minces distinctes de la trompe. Ponction d'une poche, en arrière du Douglas.

Adhérences multiples de l'intestin au petit bassin.

On n'enlève rien et on referme.

Quelques mois après, les culs-de-sac sont très souples et les lésions ont presque complètement disparu.

Résultats éloignés. — La malade revient en mars 1893.

Les culs-de-sac sont très libres, l'état général est excellent.

Éventration consécutive à la laparotomie, cure radicale de cette éventration.

Nouvelles de la malade en 1898. État satisfaisant persiste.

Réflexions. — Dans cette observation, l'incision a échoué en partie, car elle n'a pu avoir raison de toutes les poches pelviennes.

La malade n'a été définitivement guérie que du jour où, par l'exploration abdominale, on a pu se rendre compte de l'état des lésions et évacuer le contenu kystique.

OBSERVATION XVIII (CHAPUT).

Incision vaginale d'une poche séreuse consécutive à une ancienne hystérectomie vaginale. — Guérison radicale depuis cinq ans.

Mme Patiss.... entre à la Salpêtrière le 15 février 1893 dans le service du Dr Terrillon, suppléé par M. Chaput.

Elle a subi, le 21 juillet 1891, une hystérectomie vaginale pour lésions suppurées des annexes.

Il y a un mois, elle fut prise de douleurs abdominales assez vives. Elle consulta un médecin qui l'envoya à l'hôpital. Au toucher vaginal, on sent une poche liquide dans le cul-de-sac vaginal droit.

La ponction et l'incision vaginale de la poche donnèrent issue le 28 février 1893 à 300 grammes environ d'un liquide séreux.

Incision large au bistouri. Une éponge à cheval est placée sur l'incision. Tamponnement à la gaze iodoformée.

1^{er} mars. — Ablation de l'éponge.

Hémorrhagie, nouvelle éponge.

Un drain est mis à demeure.

La malade revient fin avril, enlèvement du tube, guérison complète.

Résultats éloignés. — En décembre 1898, cette malade nous envoie de ses nouvelles. Elle est radicalement guérie et n'a jamais souffert du ventre depuis l'opération.

OBSERVATION XIX (CHAPUT).

Hydrosalpinx. — Ponction à la pince-trocarter. — Guérison persistant un an. — Pyosalpinx secondaire d'origine blennorrhagique.

Mme Lab... entre à la maison Dubois, dans le service du Dr Chaput, le 27 avril 1897.

Réglée à 12 ans et depuis, abondamment et régulièrement.

Mariée à 20 ans. A 24 ans un enfant, couches douloureuses mais normales, quelques jours après l'accouchement, expulsion de débris placentaires.

Depuis cette époque, pertes blanches abondantes. On note avec cela des phénomènes douloureux : sensation de chaleur dans le vagin, douleur à la miction, démangeaisons, douleurs irradiées dans les cuisses, surtout à droite, et aux reins.

En janvier 1897, à la suite d'une hémorrhagie abondante survenue dans l'intervalle des règles, et ayant duré douze jours, la malade est obligée de s'aliter.

Comme traitement, on lui fit des irrigations chaudes, et trois curages pratiqués sans anesthésie et suivis chaque fois de cautérisation intra-utérine.

Les deux premiers curages furent pratiqués le même mois, le dernier, un mois après.

Les pertes blanches, arrêtées un moment, ont reparu accompagnées de phénomènes douloureux, peu après ces opérations.

Il existe également une constipation des plus opiniâtres.

A l'examen, on note que le ventre est un peu gros, mais non douloureux à la pression.

Au toucher, le cul-de-sac antérieur est souple et on y perçoit le corps utérin en anteflexion.

Rien dans le cul-de-sac latéral droit.

A gauche, par exemple, on trouve une grosse masse très appréciable, bombant dans le cul-de-sac : par le palper bimanuel, on évalue son volume à celui d'un œuf à peu près.

Rien dans le cul-de-sac postérieur.

L'utérus est très mobile, le col conique, long, à gros orifice béant, irrégulier, déchiré à droite.

A l'hystéromètre, la cavité utérine a 9 centimètres.

On fait le diagnostic de salpingite droite.

Opération le 30 avril.

1^o Ponction salpingienne, *liquide séro-sanguin* (gros trocart), ouverture large à la pince-trocart.

Fixation d'un gros drain suturé aux deux lèvres de l'incision.

2^o Curage de l'utérus.

3^o Amputation du col avec fente médiane.

Suture du vagin à l'orifice utérin.

Résultats éloignés. — *Juin 1898.* — Bonne santé pendant un an entier. Guérison parfaite.

Septembre 1898. — La malade vient nous voir, elle se plaint de souffrir du ventre. Empâtement considérable du petit bassin (Douglas et culs-de-sac latéraux) surtout à gauche. Masses dures, utérus immobile, douleurs vives. Pyosalpinx probable. La malade paraît avoir contracté une blennorrhagie depuis notre dernier examen. Sera opérée bientôt.

OBSERVATION XX (CHAPUT).

Pyosalpinx. — *Ponction avec la pince-trocart.* — *Panophtalmie double.*

— *Enucléation.* — *Mort par infection purulente.*

Mme Sim..., âgée de 38 ans, entrée à la maison Dubois dans le service du Dr Chaput le 30 avril 1897.

Réglée à 17 ans et depuis abondamment et régulièrement.

Mariée à 17 ans. De ce mariage, cinq enfants. Jamais de fausse couche.

A 22 ans, variole. La malade souffre du ventre depuis dix ans. Perd en blanc abondamment. Elle se plaint de douleurs du côté des reins, de l'anus et des cuisses s'exacerbant à chaque période menstruelle. Le repos au lit et les injections chaudes calmaient absolument ces phénomènes.

Maladie actuelle. — Une crise douloureuse plus violente, un manque de force complet, ont obligé la malade à s'aliter 4 jours avant Pâques.

Le médecin consulté fit le diagnostic de *péritonite*.

Le dimanche 26 avril, son œil gauche devint rapidement douloureux et, en 24 heures, était complètement noir ainsi que la conjonctive.

Le lundi et le mardi, l'état de l'œil empire, la *suppuration* apparaît, enfin le mercredi l'œil droit se prend.

C'est alors que la malade vient à Dubois.

Nous l'examinons alors, et nous constatons que le ventre est gros, tendu, *ballonné*. A la percussion, sonorité tympanique franche. Ventre peu douloureux toutefois.

Au toucher, le col est gros, à ouverture béante, assez régulière et très large.

Les culs-de-sac postérieur et latéral gauche sont occupés par deux grosses masses rénitentes plus ou moins lisses qui bombent dans le vagin. Dans le cul-de-sac droit, une autre masse, mais plus petite, paraissant plus profonde par le palper bimanuel, on perçoit ces masses immobiles accolées à l'utérus, qui est absolument fixé dans la situation qu'il occupe. A gauche, on prend entre les doigts une grosse masse qui remonte assez haut.

Température 40°.

Nous portons le diagnostic de pyosalpinx double avec adhérences multiples. Péritonite généralisée probable. Infection purulente certaine.

Malgré ces phénomènes alarmants, l'état de la malade très grave, nous nous décidons à intervenir urgence le même jour (30 juin).

1° Ponction vaginale à la pince-trocart.

Ecoulement d'un litre de pus. Mise en place de deux drains.

2° Curage de l'utérus, avec fente médiane du col en avant.

3° *Enucléation de l'œil.*

Suites opératoires. — 1^{er} mai. — Température : 40°. Péritonite généralisée certaine.

Le 2. — Chute de la température, injection intra-veineuse de sérum (un litre).

Le 3. — Température normale. Troubles mentaux, coma. *Mort* dans la nuit.

Réflexions. — Malgré la ponction vaginale, qui avait cependant évacué le petit bassin, la malade a succombé, emportée par la gravité et la généralisation des accidents infectieux. Le décès doit donc être mis sur le compte de l'infection générale, de l'infection purulente. Si notre intervention avait pu être plus précoce, avant la généralisation des

phénomènes, nul doute que la malade aurait pu guérir par la ponction qui avait pu parfaitement évacuer les deux poches salpingées.

OBSERVATION XXI (CHAPUT).

Tumeur colloïde de l'ovaire. — Ovariectomie. — Absès pelvien ouvert dans le rectum. — Ponction à la pince-trocant. — Hémorrhagie intestinale tardive produite par une métastase. — Mort.

Mme St., âgée de 45 ans, est opérée le 5 mai 1898 par M. Chaput, pour une tumeur colloïde rompue dans le ventre. On trouve *deux cuvettes de gélatine* presque solide dans le péritoine. Double ovariectomie.

Le 12 mai. — Absès de la paroi abdominale ; la plaie est désunie complètement, la fièvre tombe.

Le 16. — On constate un gros absès sous-péritonéal du bassin lequel s'ouvre spontanément dans le rectum le 20 mai.

L'induration persiste cependant et même augmente et se prolonge dans le ligament large gauche.

Le 4 juin. — M. Chaput pratique une première ponction à la pince-trocant dans le cul-de-sac postérieur. Il ne s'en écoule qu'une faible quantité de pus grumeleux et de sérosité. Une seconde ponction est pratiquée dans la masse gauche. Il s'en échappe un jet de sang noir, comme si l'on avait ouvert une grosse veine. Les deux ponctions sont tamponnées avec des éponges vraies.

Le 6. — Ablation des éponges, l'hémorrhagie se reproduit au niveau de la ponction du cul-de-sac gauche. Nouveau tamponnement aux éponges.

Le 8. — Placement de deux tubes à ailettes dans les deux ponctions. Le tube gauche est enlevé le 16 juin et le tube médian le 21 juin ; cependant la tuméfaction pelvienne n'a aucunement diminué.

Le 22, il survient une hémorrhagie foudroyante par le vagin et le rectum. Tamponnement vaginal à la gaze. Nouvelle hémorrhagie dans la nuit, puis une autre le 23 au matin. Tamponnement avec une éponge vraie de l'orifice droit de la ponction médiane, l'autre orifice est cicatrisé.

Injection de sérum (1000 gr.) dans la veine saphène.

Mort le 24 juin par syncope après une hémorrhagie provoquée par une injection nouvelle de sérum artificiel.

En somme, le sang provenait, croyons-nous, non pas de l'orifice de la ponction presque complètement cicatrisé, mais de l'intestin, car le sang arrivait très noir et déjà digéré.

Il s'agissait probablement d'une hémorrhagie produite par une métastase cancéreuse.

OBSERVATION XXII (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à l'aide de la pince-trocart.

La nommée Leg... Marie, âgée de 24 ans, entre le 14 août 1894 salle Lisfranc.

Dans l'histoire de ses antécédents personnels, nous notons que la malade, deux mois avant son entrée à l'hôpital, a fait une fausse couche de 7 mois. Depuis cette époque, la malade souffre dans le ventre.

La douleur, d'abord peu considérable, ne tarde pas à augmenter d'intensité.

Primitivement localisée au côté gauche, elle s'étend ensuite à tout le ventre.

Entrée le 14 août à l'hôpital.

Au toucher, on note que le col utérin est gros, avec érosion sur la lèvre postérieure. Les culs-de-sac sont libres, facilement dépressibles, sauf l'antérieur dans lequel on sent une masse dure, c'est l'utérus en antéversion. Les annexes ne peuvent être senties, ni à droite, ni à gauche.

Le diagnostic porté est celui de métrite avec périmétrite.

Curage de l'utérus pratiqué avec anesthésie à l'éther le 20 août.

La semaine qui suit le curage est bonne, la température reste normale, lorsque le 8^e jour, le soir, brusquement la malade est prise de douleurs violentes dans le ventre.

En même temps, la température s'élève de 37 à 39°4.

Des applications de glace sont faites sur le ventre ; la température ne s'abaisse pas néanmoins et oscille pendant 14 jours du 31 août au 12 septembre entre 37°4 et 39°4.

Un deuxième examen est pratiqué le 7 septembre. On trouve une masse remplissant tout le petit bassin, remontant jusque vers l'ombilic et pointant dans le cul-de-sac postérieur.

Sa consistance est dure.

La température reste toujours élevée, pendant que la fluctuation devient manifeste dans le cul-de-sac postérieur.

Opération pratiquée le 16 septembre.

Sous l'éther, un nouveau curage de l'utérus est pratiqué.

Il amène l'écoulement d'une certaine quantité de liquide purulent

Ponction du cul-de-sac postérieur à l'aide de la pince-trocart.

Écoulement abondant de pus.

Drainage de la cavité laissée libre par cette évacuation.

Depuis cette intervention, l'amélioration de l'état général est sensible. La température revient à la normale.

Les douleurs vives disparaissent. La malade sort de l'hôpital, ne souffrant plus de son ventre.

Le résultat immédiat de l'intervention a été parfait.

Il nous a été impossible de suivre la malade.

OBSERVATION XXIII (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocart.

Mme Sil... Marie, âgée de 41 ans, entre le 22 juillet 1895 salle Dellesert, hôpital Tenon.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans, et depuis toujours normalement. A eu 10 enfants.

Pas de maladie antérieure.

Actuellement, elle souffre du ventre depuis trois ans. Elle perd en blanc. Mais le début de l'affection remonte, d'après la malade, au 11 juillet.

A ce moment-là, elle eut de violentes douleurs, des coliques, surtout accusées dans le flanc gauche, avec irradiations à tout l'abdomen. Depuis elle souffre, elle a des hoquets. Son ventre est tendu et douloureux.

A son entrée, l'état général est cependant satisfaisant, la température

normale. Il y a du ballonnement du ventre. La palpation de l'abdomen est douloureuse.

Au toucher vaginal, l'utérus est fixe, les culs-de-sac empâtés. Le gauche proémine un peu et est très douloureux.

Le toucher rectal révèle dans le cul-de-sac postérieur, la présence d'une masse dure, rénitente, bombant dans le rectum.

Opération le 24 juillet.

Ponction de la collection à l'aide de la pince-trocart.

Il s'écoule une quantité considérable de pus épais et fétide.

Deux drains sont placés dans l'orifice de ponction. Le vagin est bourré à la gaze iodoformée.

Deux injections d'eau phéniquée à 1 0/0 par jour.

La malade sort guérie le 30 août.

OBSERVATION XXIV (CHAPUT).

Pyosalpinx droit. — Ponction à la pince-trocart.

La nommée Bill., Marie, âgée de 20 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Richard Wallace, le 20 juillet 1895.

Pas d'antécédents héréditaires importants à noter.

Réglée à 12 ans, assez irrégulièrement depuis.

A eu un enfant à 17 ans, mort de convulsions à l'âge de 13 mois.

A la suite de son accouchement, la malade perdit du sang pendant six semaines ; elle ne souffrait point du ventre à cette époque. Elle ressentit cependant des douleurs lombaires.

Il y a deux ans, elle fut soignée à l'hôpital par le Dr Cuffer pendant deux mois ; elle souffrait alors de vertiges, de palpitations, de phénomènes dyspeptiques et autres symptômes d'anémie, elle-même probablement symptomatique d'une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. A cette époque, elle eut en effet des hémotypsies.

Au mois de juin 1895, elle fut soignée un mois et demi à Tenon, par M. Talamon.

Au mois de juin 1895, la malade eut un écoulement jaune verdâtre par le vagin, accompagné de quelques douleurs abdominales et de cuisson de l'urèthre pendant la miction.

Peu de temps après l'apparition de ces phénomènes, sans avoir pré-

senté de retard des règles et neuf jours avant l'arrivée de celles-ci, la malade fut prise brusquement la nuit d'un point de côté violent dans le flanc droit, de douleurs lombaires, et de pertes de sang abondantes avec caillots. Cette métrorrhagie dura cinq jours ; la malade ne vomit pas ; elle continua son travail, mais les douleurs persistant du côté droit du ventre, elle s'alita deux jours, puis rentra à l'hôpital.

Etat actuel. — Femme chlorotique, non amaigrie.

L'examen de l'utérus et des annexes montre un col gros, mais ferme. Les culs-de-sac sont extrêmement douloureux à la pression et on devine, plutôt qu'on ne sent, une tuméfaction des deux côtés de l'utérus.

L'utérus est immobilisé, la malade a des pertes blanches jaunâtres accompagnées de quelques mucosités glaireuses.

L'examen du poumon montre des signes indubitables de tuberculose pulmonaire au début.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 4 août, malgré le repos au lit, et les injections vaginales chaudes au sublimé, la malade souffre toujours beaucoup du bas-ventre.

Au toucher, le cul-de-sac gauche est moins douloureux. Dans le cul-de-sac droit, la tuméfaction est grosse comme une orange, très douloureuse, rénitente, absolument collée à l'utérus qui est immobilisé.

La température est à peu près normale.

Opération le 6 août.

1° Curage de l'utérus.

2° Ponction de la grosse poche droite à la pince-trocart.

Ecoulement de pus.

Lavage phéniqué, mèche iodoformée dans le trajet.

La malade sort guérie le 1^{er} septembre.

OBSERVATION XXV (CHAPUT).

Péritonite due à un pyosalpinx. — Ponction de la collection à l'aide de la pince-trocart.

Mme Bland... Antoinette, âgée de 30 ans, entre le 14 août à l'hôpital Tenon, salle Delessert.

Réglée à 15 ans, elle a fait une fausse couche à l'âge de 17 ans.

Elle a eu des accidents de péritonite il y a deux ans, pour lesquels elle fut traitée à l'hôpital St-Antoine.

Le début de l'affection actuelle remonte à 4 semaines.

La malade a éprouvé alors de vives douleurs dans le côté droit de l'abdomen et a eu en même temps une hémorrhagie abondante, avec émission de caillots.

L'hémorrhagie est survenue au moment des règles.

Quatre jours avant son entrée, vomissements d'abord alimentaires, puis verdâtres qui persistent encore à son entrée.

Etat général mauvais. Pouls petit. Temp. 37°.

Ventre peu ballonné, mais douloureux. Depuis trois jours, la malade dit rendre du pus avec les selles, au toucher vaginal, tumeur énorme occupant les culs-de-sac postérieur et latéraux.

Le 15 août. — Trois ponctions sont faites avec la pince-trocart dans les trois culs-de-sac.

Ecoulement notable de pus.

Mèche iodoformée dans le trajet.

Le 16. — Pouls bon, état général excellent.

Sortie le 4 septembre.

OBSERVATION XXVI (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocart.

Mme Tiss... Lisa, âgée de 37 ans, entre le 4 septembre 1895 à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Chaput, salle Delessert.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 12 ans, elle le fut toujours normalement. Pas d'enfant.

Une fausse couche à 18 ans.

L'histoire de sa maladie tient en quelques mots.

Elle fut prise, il y a huit jours, brusquement d'une douleur vive dans le bas-ventre, avec irradiations vers les aines.

La douleur persistant, la malade entre à l'hôpital.

Par le palper abdominal, on ne trouve rien d'anormal, mais le toucher vaginal décele la présence d'une masse à cheval sur le cul-de-sac postérieur, bombant vers le vagin, se prolongeant à droite et à gauche,

surtout à gauche. Cette masse est dure, rénitente, douloureuse.

Par le palper combiné, on note que cette masse se prolonge du côté de la fosse iliaque gauche.

Le 9 septembre, à un nouvel examen, la tumeur semble avoir considérablement grossi.

Opération pratiquée le même jour.

1^o Curage de l'utérus.

2^o Ponction à gauche à l'aide de la pince-trocart.

Une grande quantité de pus s'écoule.

Lavages à l'eau phéniquée faible. Bourrage du trajet à l'aide de la gazeiodoformée.

La malade sort le 14 septembre ne souffrant plus du tout, les culs-de-sac libres, le trajet fistuleux cicatrisé.

OBSERVATION XXVII (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocart.

Mme Dem... Laure, âgée de 22 ans, entre le 4 janvier 1896 à la Pitié, salle Gerdy.

A son entrée, la marche se plaint de douleurs abdominales qui rendent la marche impossible. Elle a, en outre, d'abondantes pertes blanches. Son unique accouchement date du 28 mars 1894; avant cette époque, les règles étaient régulières, non douloureuses.

L'accouchement a lieu à terme; deux ou trois jours après, la malade est prise d'une fièvre de courte durée: elle quitte l'hôpital au bout d'un mois. Après quelques jours de marche, ses jambes enflent et elle est obligée de s'aliter chez elle pendant six semaines.

Huit mois après, elle éprouve des douleurs dans le ventre, perd en blanc, souffre en urinant. Elle se soigne chez elle pendant trois semaines, guérit en apparence, mais perd toujours en blanc. Elle reste un an dans cet état.

Le 26 novembre 1895, les douleurs abdominales reparaissent, les pertes blanches sont plus abondantes. La malade entre dans le service du Dr Robin à la Pitié. On porte le diagnostic de périmérite et un

traitement médical est institué. Application de sangsues sur la face interne des cuisses, injections vaginales.

La malade quitte le service.

Elle entre de nouveau à la Pitié, salle Gerdy, le 10 janvier, dans le service du Dr Chaput.

A ce moment, elle se plaint de vives douleurs dans la région abdominale.

Le toucher fait sentir un col utérin, entr'ouvert, un peu mou ; les culs-de-sac latéraux sont douloureux. Le palper combiné montre un utérus augmenté de volume, en position normale, relativement mobile. A droite et à gauche de l'utérus, deux tumeurs salpingiennes volumineuses, surtout la droite, qui atteint le volume d'une mandarine.

L'exploration est des plus douloureuses. La température est normale. Notons que la malade n'a pas eu ses règles depuis trois mois.

On la met au repos, avec injections vaginales et lavements.

Pendant trois jours, la malade fait un peu de fièvre le soir : 38°2. Elle est assez tranquille et sans fièvre pendant une période de 3 à 4 jours, puis le 20 janvier dans la journée, elle est prise de frissons, les douleurs abdominales deviennent plus vives et la température monte à 39° le soir.

Opération pratiquée le 27 janvier 1896.

La malade est opérée sous chloroforme.

1° Curage préliminaire de l'utérus, suivi d'injection iodée et de chlorure de zinc.

2° M. Chaput pratique selon sa méthode une ponction dans chacune des tumeurs salpingiennes. Il s'en échappe seulement un peu de sang et du pus.

Tamponnement à la gaze iodoformée et pansement.

La malade sort de l'hôpital, au bout d'un mois, radicalement guérie.

OBSERVATION XXVIII (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocant.

Mme St... Albertine, âgée de 25 ans, entre le 22 mars 1896 à l'hôpital de la Pitié.

Réglée à 15 ans et depuis toujours facilement.

Mariée à 19 ans. A 20 ans première grossesse. Quelques accidents puerpéraux, avec état général grave et fièvre.

Conduite à l'hôpital Cochin, elle y fait un séjour de trois semaines.

Depuis cette époque, deux grossesses normales, avec accouchement suivi de fièvre.

De temps en temps, des douleurs apparaissent, la malade cesse tout travail et se couche. Après quelques jours de repos, les douleurs cessent et la malade reprend son travail. Les douleurs n'ont jamais existé que du côté droit.

En janvier 1896, crises douloureuses, séjour au lit de 15 jours.

En février, nouvelle crise qui ne disparaît pas et qui amène la malade à l'hôpital le 2 mars.

A l'examen, le ventre est souple, la pression est très douloureuse à droite. Le toucher vaginal montre un col déchiré à gauche.

Il regarde en haut et en avant.

Le cul-de-sac droit est rempli par une masse du volume du poing, assez dure et excessivement douloureuse, pas de fluctuation.

Opération le 11 mars.

1^o Curage de l'utérus.

2^o Ponction à l'aide de la pince-trocarter de la masse droite.

Ecoulement notable de pus.

Mèche iodoformée par l'orifice de ponction, tamponnement de l'utérus.

OBSERVATION XXIX (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocarter.

Mlle Jeanne Low..., âgée de 25 ans, entre le 27 avril 1897 à la maison Dubois, dans le service du Dr Chaput.

Réglée à 17 ans et depuis très régulièrement.

A été très chlorotique à l'époque de sa puberté. Elle perd en blanc depuis fort longtemps et a eu quelques douleurs dans les reins et les cuisses, surtout accusées au moment des règles.

Maladie actuelle. — Il y a quinze jours, les pertes blanches deviennent abondantes, tachant le linge en vert. La malade ne pouvait sup-

porter l'introduction de la canule dans le vagin, tant le contact en était douloureux. En même temps, exaspérations des douleurs des reins et des cuisses.

A l'examen physique, voici ce que nous constatons : le col est conique, normal, donnant du mucus par son orifice externe. Dans le cul-de-sac gauche, une grosse masse remplissant aussi le cul-de-sac postérieur. Cette masse est également perçue par le palper bimanuel. Elle est rénitente, assez régulière, douloureuse.

Dans le cul-de-sac antérieur, perception de la face antérieure de l'utérus antéfléchi.

Le cul-de-sac droit est normal, mais toutefois un peu douloureux. L'utérus mesure 5 cent. $1/2$.

Opération le 4 mai 1897.

1° Curage.

2° Triple ponction blanche avec le gros trocart de Chassaignac (à droite, à gauche, au milieu).

3° Deux nouvelles ponctions à la pince-trocart, positives cette fois, d'où *ouverture de deux foyers de pus très fétide*, l'un à gauche, l'autre en arrière du col.

Par l'orifice de la ponction postérieure, issue de matières fécales.

L'examen montre que le rectum a été *largement ouvert*.

Il est probable que l'écartement des mors de la pince a déchiré le rectum adhérent.

Mise à demeure de deux mèches de gaze antiseptique.

25 mai 1893. — La fistule pyostercorale mesure 3 centimètres de hauteur sur 2 cent. $1/2$ de largeur. La malade étant forcée de quitter bientôt la maison de santé, M. Chaput l'opère de sa fistule.

Avivement des lèvres vaginales, sutures au crin de Florence.

Il en résulte une arête vaginale saillante. M. Chaput ne touche pas à la plaie rectale qui du reste est inaccessible.

La malade est constipée (opium).

Poudre d'iodoforme dans le vagin.

Deux tampons phéniqués chaque matin au spéculum pour éviter les inconvénients des injections.

La malade sort le 5 juin complètement guérie et de son pyosalpinx et de sa fistule stercorale.

OBSERVATION XXX (CHAPUT).

Abcès pelvien aigu. — Ponction à la pince-trocart.

Mlle Dard..., âgée de 48 ans, entre à l'hôpital Tenon le 24 décembre 1897, salle Delessert, dans le service du Dr Chaput.

Réglée à 12 ans ; peu de temps après, suppression des règles pendant 4 mois ; de temps en temps, quelques pertes blanches. Pas de grossesse.

Le 29 juillet 1897, nouvelle suppression des règles qui ne reparais-sent que le 14 novembre. En même temps, il se produit une légère augmentation du ventre ; la malade se croit enceinte.

Le 20 décembre 1899, vives douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen et vers la fosse iliaque gauche. Ces douleurs sont augmen-tées par la marche et la station debout.

Actuellement, la malade se plaint de douleurs continues dans le pe-tit bassin et la fosse iliaque gauche. Elle ne perd pas de sang, mais un léger écoulement jaune verdâtre par la vulve.

Par le toucher vaginal et la palpation abdominale, on sent que l'u-térus est en antéversion, moins mobile que normalement et dans le cul-de-sac postérieur, une masse bosselée et fluctuante qui repousse l'utérus en avant. Cette tumeur est surtout développée à gauche et pa-rait être une trompe dilatée.

Toucher vaginal douloureux, température normale. Etat général bon.

Traitement. — Compresses humides sur l'abdomen, injections va-ginales et au bout de 4-5 jours de repos, tiges de laminaire.

Opération le 5 janvier 1898.

Au toucher, les lésions ont beaucoup diminué, plus d'empâtement à gauche. Volumineuse tumeur dans le Douglas, se prolongeant à droite. La tumeur du Douglas est comme le poing, celle du cul-de-sac droit comme un œuf.

1° Curage utérin, cautérisation, bourrage.

2° Ponction à la pince-trocart de la masse du Douglas.

Il en sort du *liquide séreux*, contenant en suspension des *flocons de fibrine et de pus*.

Deuxième ponction dans la masse droite. Il en sort du *liquide séreux*.
Ecoulement abondant de sang.

Tamponnement à l'éponge vraie des deux ponctions.

Gaze aseptique dans le vagin.

La malade peut sortir le 17 janvier, complètement guérie.

OBSERVATION XXXI (CHAPUT).

*Pyosalpinx aiguë. — Ponction à la pince-trocart, extirpation
des annexes droites.*

Mme Heb... Mathilde, âgée de 19 ans, entre salle Delessert à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Chaput, le 21 avril 1898.

Réglée à 10 ans 1/2 et depuis régulièrement et abondamment, a quelquefois de la leucorrhée dans l'intervalle de ses règles.

Il y a trois ans, fausse couche de trois mois sans suites fâcheuses.

Au mois de septembre 1897, ses règles furent suivies d'une perte qui dura plus d'un mois. La malade souffrait aussi de douleurs abdominales, localisées surtout au côté droit, avec irradiations à la cuisse droite et douleurs lombaires. Cet état nécessita un séjour de 15 jours à l'hôpital Broca d'où elle sortit guérie.

Les dernières règles se sont terminées au commencement du mois d'avril ; le 15 courant elles réapparaissent peu abondantes, mais avec de nouvelles douleurs localisées surtout à droite. Les douleurs sont si intenses que la malade dut de nouveau solliciter son entrée à l'hôpital.

A son entrée, la température est normale, le ventre n'est pas ballonné, il est douloureux à la palpation.

Le toucher est douloureux. Le col paraît sain. Il est lisse, dur, le col est sans déchirure. L'utérus paraît peu augmenté de volume. La recherche de son fond est difficile à cause de la sensibilité de l'abdomen. On sent dans le cul-de-sac postérieur une petite masse très douloureuse, dure au début, devenue fluctuante depuis quelques jours, après avoir augmenté assez rapidement de volume. Grosse comme un petit œuf elle se prolonge dans le cul-de-sac latéral droit et forme une saillie bien sentie par le toucher rectal.

Rien dans le cul-de-sac antérieur. Le gauche est légèrement empâté. La température s'élève depuis quelques jours.

Opération le 27 avril 1898.

Le Douglas est distendu par une collection énorme, ponction à la pince-trocart. Ecoulement de *sérosité* mélangée à du pus très épais.

L'ovaire et la trompe droite sont appréciables. Ils forment une masse aplatie du volume de deux doigts.

Ablation de gros fragments de la trompe.

Bourrage avec des éponges.

Il s'est fait ici d'abord une poussée aiguë dans la trompe droite, puis un épanchement aigu dans le Douglas, ce qui explique l'augmentation subite du volume de la collection.

La malade nous quitte le 18 mai.

OBSERVATION XXXII (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Ponction à la pince-trocart.

Mme Raimb... Eugénie, âgée de 42 ans, entre, le 23 avril 1898, salle Delessert, hôpital Tenon.

Réglée à 15 ans et depuis très régulièrement.

N'a jamais été malade.

La nuit du 20 avril, quelques jours après ses règles, la malade éprouve de violentes douleurs au niveau du creux épigastrique. Ces douleurs deviennent ensuite diffuses et se localisent enfin au bas-ventre ; visitée par son médecin, elle est aussitôt envoyée à l'hôpital.

A notre examen, nous constatons que les douleurs n'ont pas cessé depuis le début de l'affection, elles sont toujours aussi vives et rendent le sommeil impossible. La malade éprouve ensuite une grande difficulté pour uriner.

La pression du ventre est douloureuse.

Par le toucher vaginal et le toucher rectal, on sent en arrière et surtout à droite une grosse masse du volume d'une petite tête de fœtus, remontant à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, fluctuante et immobile.

L'utérus est immobilisé. L'examen est très douloureux pour la malade.

Opération le 2 mai 1898.

Ponction à la pince-trocart.

Ecoulement d'une grande quantité de pus bien lié. Eponge hémostatique à demeure.

La malade quitte l'hôpital le 19 mai.

OBSERVATION XXXIII (CHAPUT).

Pyosalpinx aigu. — Ponction vaginale.

Mme Bar. Palmyre, âgée de 29 ans, entre, le 11 octobre 1898, salle Delessert, hôpital Tenon, dans le service du Dr Chaput.

Réglée à 15 ans ; régulières jusqu'à 19 ans, les règles disparaissent à cette époque pendant 4 mois sans qu'il y ait toutefois grossesse. A leur retour, les règles redeviennent normales et régulières.

A eu un enfant à 17 ans.

Maladie actuelle. — Il y a un mois, à la suite d'une fatigue, la malade ressentit brusquement dans la fosse iliaque gauche une vive douleur, qui ne tarda pas à s'irradier à la région lombaire du même côté.

Au bout d'un mois de repos au lit, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen, nous trouvons que la palpation est très douloureuse dans tout l'hypogastre. Elle a un peu d'empâtement à gauche. Par le *toucher vaginal*, on sent dans le cul-de-sac antérieur une masse dure représentant le corps utérin refoulé en avant et immobilisé.

Le cul-de-sac postérieur est comblé par une masse régulière du volume d'un œuf de poule, fluctuante et extrêmement douloureuse. Elle occupe surtout la partie gauche du cul-de-sac. Elle est séparée par un sillon plus profond à droite qu'à gauche, de deux masses occupant les culs-de-sac latéraux, masses résistantes et inégales, douloureuses et immobiles.

Le toucher rectal fait sentir une tumeur très volumineuse de la grosseur d'une orange, rénitente et très douloureuse, contre laquelle bute le doigt à peine introduit.

La malade a beaucoup maigri depuis quelque temps. Elle se fatiguait déjà très facilement avant sa maladie.

La température est de 38°2.

Opération le 14 octobre 1898.

Au toucher, sous chloroforme, les culs-de-sac paraissent dégagés et la tumeur donne la sensation d'un gros fibrome utérin remontant jusqu'à l'ombilic.

Essai de ponction d'une masse fluctuante du cul-de-sac gauche.

Elle se rompt avant d'avoir été perforée (kyste ovarique petit).

Ponction de la région postérieure de l'utérus qui paraît nettement fluctuante. Il s'écoule une quantité énorme de pus, et la tumeur disparaît.

Eponge hémostatique deux jours, puis tube à ailette.

La malade sort de l'hôpital le 7 novembre, totalement guérie, ne conservant à l'endroit de la ponction qu'une légère induration, due à la cicatrisation de sa fistule.

OBSERVATION XXXIV (CHAPUT).

Pyosalpinx. — Colpotomie. — Ouverture de la poche au bistouri.

Mme Remy Adèle, âgée de 36 ans, entre, le 19 octobre 1898, salle Delessert (hôpital Tenon), service du Dr Chaput.

Réglée à 13 ans, mais d'une façon irrégulière, les règles étant toujours en avance.

1892. — Il y a 6 ans, les règles deviennent subitement très abondantes et durent de 8 à 9 jours. La malade se soigne et les accidents se passent.

1896. — Il y a 2 ans, une perte survient après une absence de règles pendant six semaines. Cette perte assez abondante dure environ 15 jours.

Septembre 1898. — Il y a six semaines, la malade qui était enceinte de 3 mois, fait une fausse couche. Depuis ce moment, cette femme n'a pas cessé de perdre en rouge, en petite quantité d'ailleurs.

Dans les derniers jours de septembre, les pertes deviennent abondantes, et, depuis ce moment, la malade perd constamment du sang et

des caillots. Il y a, au moment de ces pertes, trois semaines que la malade a eu ses règles pour la dernière fois. Cette perte de sang affaiblit de plus en plus la malade qui est obligée de cesser son travail.

Elle ne souffre pourtant plus du tout et c'est à peine si elle ressent une légère pesanteur dans le bas-ventre. Elle entre à l'hôpital le 13 octobre.

A l'examen, on constate un certain degré de cystocèle et de rectocèle.

L'orifice utérin est situé assez près de l'orifice vulvaire à environ 3 cent. 1/2.

Au toucher, on trouve un col gros, volumineux, dont l'orifice est assez ouvert pour permettre le passage de l'index. Sur le museau de tanche, il n'y a pas d'ulcération.

Par le palper bimanuel, on constate que l'utérus est très augmenté de volume ; il dépasse le pubis.

Les culs-de-sac paraissent libres.

En examinant la cavité utérine à l'hystéromètre, on trouve 3 centimètres. Mais la cavité paraît déviée de sa direction normale, car l'hystéromètre introduit se dirige nettement vers la droite.

Masses énormes dans les trois culs-de-sac, surtout à gauche où il y a de la fluctuation.

Opération le 22 octobre 1898.

Commencement d'hystérectomie vaginale.

Colpotomie antérieure.

Incision médiane de l'utérus.

A ce moment, il s'écoule *un flot de pus*.

Agrandissement de l'orifice avec deux pinces et placement d'une grosse éponge à cheval.

Deuxième éponge dans le décollement vaginal, maintenu par des sutures temporaires à la soie.

Sonde à demeure.

La malade sort le 20 novembre, parfaitement guérie, l'orifice d'incision est cicatrisé et il ne présente aucune tuméfaction dans les culs-de-sac.

OBSERVATION XXXV (CHAPUT).

*Pyosalpinx gauche ouvert dans le rectum. — Ponction
à la pince-trocart.*

Mme Marie Jougl., âgée de 48 ans, entre, le 8 novembre 1898, salle Delessert, hôpital Tenon.

Réglée à 14 ans et depuis bien et régulièrement.

Ses dernières règles ont cessé le 20 septembre dernier.

Mariée à 18 ans, a eu 8 grossesses. La première a été interrompue au 3^e mois à la suite d'une chute dans un escalier.

Il y a neuf ans, la malade fut prise brusquement de violentes douleurs dans le ventre du côté gauche, et dans les reins. En même temps, elle s'aperçut d'une tuméfaction dure dans la fosse iliaque gauche. Au bout de 15 jours, pendant lesquels la malade souffrit beaucoup, elle eut de la fièvre et rendit en allant à la garde-robe un peu de pus par l'anus. Les douleurs diminuèrent beaucoup par cette évacuation. Toutefois, la malade dut garder encore le lit pendant 3 mois.

Pendant les trois mois qui suivirent, elle souffrit encore du ventre, mais put se lever et vaquer à ses occupations.

Durant tout ce temps, la malade rendit encore du pus dans ses garde-robes, d'une façon intermittente.

Après six mois de maladie, la malade guérit, sa santé fut satisfaisante pendant huit ans, jusqu'à il y a huit mois où elle fut prise comme la première fois et aussi brusquement des mêmes douleurs dans le ventre et les reins.

Elle ne peut préciser le moment où le pus reparut de nouveau dans les selles. C'est environ trois semaines après ce second début brusque, que cette évacuation eut lieu.

Elle dure jusqu'à il y a un mois, mais depuis ce moment-là, il n'y a plus eu de pus dans les garde-robes.

Actuellement, elle souffre modérément du ventre du côté gauche. C'est le seul symptôme fonctionnel qu'elle présente.

Au toucher, on constate que le col est gros. L'orifice interne est allongé transversalement, occupant presque toute la largeur du col, le divisant nettement en deux lèvres, antérieure et postérieure.

Le corps utérin est de consistance fibromateuse, mais n'est pas très gros et ne dépasse pas la symphyse.

On sent dans le cul-de-sac de Douglas, une masse volumineuse, dure, allongée dans le sens transversal. L'utérus est très fixé.

Opération le 11 novembre 1898.

Sous chloroforme, on sent dans les culs-de-sac postérieur et gauche, une masse du volume d'une tête de fœtus, rénitente, irrégulière, ronde.

A droite, une autre masse plus petite du volume d'une noix et de consistance ligneuse, très bombée.

Ponction à l'aide de la pince-trocart dans la masse gauche. *Ecoulement d'une grande quantité de pus.*

Essuyage de la poche avec des éponges.

Eponge Laroyenne. Sonde à demeure.

13 novembre, tube à ailettes.

La malade quitte l'hôpital le 13 décembre définitivement guérie.

OBSERVATION XXXVI (CHAPUT).

Hydrosalpinx. — Ponction vaginale à la pince-trocart.

Mme Marie Bar..., âgée de 32 ans, entre, le 5 décembre 1898, dans le service du Dr Chaput à l'hôpital Tenon, salle Delessert.

Réglée à 11 ans, et depuis très régulièrement.

Mariée à 22 ans, a eu six grossesses. Les deux premières ont été normales. La 3^e et la 4^e interrompues, l'une à 6 semaines, l'autre à deux mois.

Au mois de janvier dernier, accouchement au 8^e mois d'un enfant qui n'a vécu que quelques heures. C'est depuis cette époque, que la malade souffre du ventre.

Les douleurs siègent à droite ; dans la fosse iliaque, elles apparaissent quand la malade va à la selle ou rend des gaz.

Le 10 août dernier, après un retard de 10 jours, elle eut une perte qui dura peu (un jour), mais qui fut abondante. Se croyant enceinte, elle se mit au repos et 12 jours après, le 22 août, fit une fausse couche (on aurait reconnu un œuf).

Il y a trois semaines, la malade fut prise de douleurs presque continues, vides, siégeant au-dessus de la symphyse pubienne, irradiées vers l'aîne et les reins. Ces douleurs s'atténuèrent au bout de huit jours à la suite d'un écoulement de pus par le vagin.

Cet écoulement peu abondant dura 4 à 5 jours.

Disons enfin que les dernières règles, datant de 8 jours, ont duré longtemps (elles viennent de se terminer), quoique peu abondantes, et ont été douloureuses.

Par le palper abdominal, on ne sent rien de particulier. Palpation non douloureuse, ventre souple.

Au toucher, le col est à 4 centimètres de la vulve. Il est mou, son orifice externe est béant, admettant un centimètre de la pulpe de l'index. Le corps utérin est antéfléchi.

Rien dans le cul-de-sac droit.

Dans le cul-de-sac postérieur, existe une énorme masse qui occupe tout le Douglas, se prolonge à gauche, et même un peu en avant. Cette masse est dure, fluctuante dans sa partie droite, immobile de même que l'utérus.

La malade est constipée habituellement. Elle est en outre tuberculeuse et on constate des lésions de ramollissement aux deux sommets.

Au dernier moment, la malade confesse que les pertes de pus qu'elle eut il y a 15 jours s'accompagnèrent de sensation de cuisson en urinant. A cette époque son mari avait une blennorrhagie, et malgré cela, elle eut des rapports répétés avec lui.

Opération le 5 décembre.

Ponction à la pince-trocart.

Il sort environ 250 grammes de sérosité, teintée de sang, et un caillot fibrineux.

Pas de poche à proprement parler. On sent au loin la trompe dilatée.

Eponge hémostatique.

Le 7 décembre, ablation de l'éponge.

Pansement avec des mèches.

La malade doit sortir le 30 décembre.

CONCLUSIONS

De cette étude, nous tirerons les conclusions suivantes :

I. — Toute collection tubaire suppurée ou non, *aiguë* ou *chronique* (*pyosalpinx*, *hydrosalpinx*), d'un certain volume (mandarine), à évolution vaginale ou accessible par cette voie, doit être traitée par la ponction vaginale à la pince-trocart, suivie de drainage.

Dans les pyosalpinx aigus, à virulence microbienne exaltée, elle doit être considérée comme une *méthode de choix*, primant les opérations radicales.

II. — La ponction vaginale est d'une extrême simplicité dans sa technique opératoire et dans son instrumentation. De ce fait elle est à la portée de tous.

III. — Elle est d'une bénignité extrême dans son exécution, puisque, sur 37 observations, nous n'avons jamais eu à déplorer un cas de mort du fait de son emploi.

IV. — Elle apporte aux malades un soulagement toujours immédiat du fait même de l'évacuation du pus, avec disparition des phénomènes généraux et locaux.

V. — La ponction vaginale assure à la plupart des femmes une guérison radicale et définitive, sans qu'il soit besoin de recourir plus tard à une autre opération, castration an-

nexielle ou totale par la voie abdominale ou hystérectomie vaginale.

VI. — Elle est enfin une méthode *éminemment conservatrice* qui, en préservant l'organe et la fonction, assure aux malades la possibilité d'une conception ultérieure.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Astruc.** — *Traité clinique des maladies des femmes*, 1761, Paris.
- Krüger.** — *Pathologia ovar. muliebrum*, 1782, Göttingen.
- Portal.** — *Cours d'anat. médicale*, t. V, 1803, Paris.
- Bourdon.** — Des tumeurs fluctuantes du petit bassin. *Revue médicale*, Paris, 1841.
- Marchal (de Calvi).** — *Abscès phlegmoneux intra-pelviens*, Paris, 1846.
- Grisolle.** — *Archiv. gén. de méd.*, 3^e série, t. IV, 1839.
- Nonat.** — *Gazette des hôpitaux*, 1830 et 1852.
- Valleix.** — *Union médicale*, 1853.
- Becquerel.** — *Maladies de l'utérus*, 1859, t. 1^{er}.
- Gallard.** — *Gazette des hôpitaux*, 1855 et *Ann. de gyn.*, 1874.
- Aran.** — *Maladies de l'utérus*, 1858.
- Bernutz et Goupil.** — *Archiv. gén. de méd.*, 1857 et *Clinique med.*, t. II.
- West.** — *Diseases of Women*, 1858.
- Callisen.** — *Systema chirurgiæ hodiernæ*, t. II.
- Pelletan.** — *Gaz. méd.*, 1835, p. 544.
- Velpeau.** — *Méd. opératoire*, t. V, p. 350, 1837.
- Dupuytren.** — *Leçons orales*, t. III, 1839.
- Laugier.** — *Dict. de méd.*, t. V, p. 68.
- Demarquay.** — *Gaz. des hôpitaux*, 1857, p. 66.
- Schröder.** — *Mal. des org. génitaux de la femme*, 1885.
- Emmet.** — *Pratique des maladies des femmes*, 1887.
- Brickell.** — *American journal of the medical sciences*, Philadelphie, 1887.
- Hegar et Kaltenbach.** — *Traité de gyn. opératoire*, 1885.
- Bennet.** — *On infl. of the uterus*, London, 1853.
- Peaslee.** — *Edinburgh med.*, juillet 1855.
1886. **Laroyenne.** — De la périmérite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente séreuse ou hématique. *Lyon médical*, p. 241-44.
- Des périmétrites chroniques simples. *Semaine médicale*, 1886 p. 281.

1886. Des métrites chroniques compliquées d'inflammation péri-utérine. *Semaine médicale*, 1886, p. 314.
Des métrites chroniques compliquées d'inflammation péri-utérine. *Médecine clinique*, Paris, 1886, p. 277.
- Terrillon.** — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez la femme. *Semaine médicale*, 4 août 1886.
1887. **Blanc.** — De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents. Th. de Lyon, 1887.
- Hervot.** — Contribution à l'étude de la périmétrite. Th. de Paris, 1897.
1888. **Broca.** — Salpingite et abcès pelvien chez la femme. *Gazette hebdomadaire*, 29 juin 1888.
- Montprofit.** — Etude chirurgicale sur l'inflammation des organes génitaux internes de la femme. Th. de Paris, 1888.
- Routier.** — Traitement chirurgical de l'hématocèle péri-utérine. *Semaine méd.*, 20 juin 1888.
— Etude sur les inflammations péri-utérines. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 14 novembre.
1889. **Cheron.** — Pelvi-péritonite. *Revue méd.-chirurg. des mal. des femmes*, 1881.
- Lucas Championnière.** — Ovarites et salpingites. *J. de méd. et de chir. pratiques*.
- Bonnecaze.** — Valeur et indicat. de l'incision vaginale appliquée à l'ablat. de cert. petites tumeurs de l'ovaire ou de la trompe, 1889.
- Goullioud.** — Congrès de chirurgie.
1890. **Bouilly.** — De l'ouverture par la voie vaginale de collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. Soc. chir.*, 1890.
- Cheron.** — Cellulite pelvienne. *Revue méd.-chir. des mal. des femmes*, 23 janvier et 25 mars 1890.
- Cornet.** — Traitement intra-utérin et vaginal des salpingites.
- Laudau.** — Diag. et traitement des collect. tubairés. *Congrès de Berlin et Annales de gynécologie*, 1890.
- Laroyenne.** — Trait. des collect. purul. *Bull. Soc. chir.*, 1890.
1891. **Frithsch.** — Trait. des abcès pelviens (*Congrès de la Soc. all. gyn.*, 1891, et *Ann. de gyn.*, 1891).
- Valleix.** — *Province médicale*, 23 mai et 26 juin 1891.
- Goullioud.** — Débridement vaginal des collect. pelv. ; méthode du Pr. Laroyenne. *Archives de tocologie et de gyn.*, 1891.
1892. **Cochez.** — De la thérapeutique conservatrice dans les infl. pelviennes. Th. Paris.
- Jullien.** — De l'interv. dans certains cas de supp. pelv. *Arch. de Tocol.*, 1892.

1892. **Le Bec.** — Suppurat. pelv. *Gaz. méd.*, Paris, oct. 1892.
Le Dentu. — Traité des affect. infl. des annexes de l'utérus. *Gazette des hôpitaux*, 1892.
Macquart-Moulin. — *Les méthodes de trait. chirurg. appliquées aux suppurations péri-utérines*. Th. Paris, 1892.
More Madden. — Mal des trompes de Fallope et leur traitement. *The Dublin J. of medical sciences*, 1892.
Routier. — Trait. des supp. pelv. et des lés. bilat. des annexes. *Congr. français de chirurgie*, 1892.
Vuillet. — Technique du trait. des suppurat. pelv. par la ponction simple. *Congrès de Bruxelles*, 1892.
1893. **Valentin.** — *Du trait. de cert. collect. pelv. par la ponction et l'émission vaginale*. Th. de Paris, 1893.
Broca. — Suppurations pelviennes, du choix des méthodes ovariennes. *Congrès français de chirurgie*.
Camescasse. — *Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus*. Th. de Paris.
Delagenière. — Supériorité de la laparotomie sur l'hyst. vaginale dans les suppurations pelviennes. *Congrès de chirurgie et Ann. de gyn.*, 1893.
Lafourcade. — *Hystérectomie vaginale dans les suppurat. péri-utérines*. Th. de Paris, 1892.
Le Bec. — Suppurat. pelviennes, traitement. *France méd.*, 8 décembre 1893.
Prengrueber. — Pathologie et trait. des suppurat. pelv. *Bull. méd.*, 4 mai 1893.
Chaput. — *Soc. de chirurgie*.
1894. **Rouffart.** — Trait. des abcès pelviens. *Ann. de la soc. belge*, 15 juin 1894.
Bonnet. — *Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de péri-tonite et leur trait. par la voie vaginale*. Th. de Lyon, 1894.
Condamin. — De la salpingo-ovariotripsie par la voie vaginale, dans les salpingo-ovarites enkystées. *Congrès fr. de chirurgie*, 1894.
Delagenière. — Castration abd. totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes. *Congrès fr. de chirurgie*, 1894.
Landau. — Des abcès pelviens compliqués et des collections tubaires suppurées compliquées. *Congrès de Rome*, 1894.
Polk. — La chirurgie conservatrice des organes pelviens de la femme. *Journal de méd. de Paris*, 1894, 28 octobre.
Vuillet. — Trait. des pyosalpingites et des collect. du pelvis. *Congrès de Rome*, 1894.

1893. **Bouilly**. — Indications et valeur de l'incision vaginale. *Congrès fr. de chirurg.*, 1895.
Greigsmeth. — *Chirurg. abd.*, traduct. française, 1895.
Richerin. — Elytrotomie et cœliotomie vaginale. *Semaine médicale*, août 1895.
Rodriguez. — *Incision du cul-de-sac post. dans les supp. et hématocèles pelviennes*. Th. de Paris.
Delagenière. — *Archiv. prov. de chirurg.*, 1895.
Delagenière. — *Annales de gynécologie*, 1896.
Rosenblat. — *Incision du cul-de-sac post. dans les suppurations et les hématocèles pelviennes. Etude critique*. Th. Paris, 1896.
1897. **Hartmann**. — *Annales de gyn. et d'obst.*, juillet 1877, p. 2.
Faure. — *Presse médicale*, 19 octobre 1897.
1898. **Labadie** — **Lagrange et Legueu**. *Traité médico-chirurg. de gynécologie*.
Kelly. — *Operative gynecologie*. New-York.
Pozzi. — De la colpotomie dans les suppurations pelviennes. *Semaine gynécologique*.
Monod. — Sur le trait. des salp. suppurées par l'incision vaginale. *Soc. de chirurgie*, discussion.
Phocas. — L'incision vag. dans les supp. pelviennes. *Nord médical*.
Picqué. — De la valeur de la colpotomie. *La Gynécologie*, n° 3.
Hartmann. — La colpotomie post. dans le trait. des annexites suppurées. *Semaine médicale*, n° 28.
Legueu. — *Revue internat. de méd.*, p. 313.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION. — Des voies usuelles suivies par le chirurgien pour la cure opératoire des collections salpingiennes.	7
CHAPITRE I ^{er} . — De la ponction et de l'incision vaginales dans le traite- ment des affections suppurées des annexes.	19
Période ancienne	19
Période actuelle	33
CHAPITRE II. — Exposé de la méthode du D ^r Chaput.	61
Instrumentation.	61
Manuel opératoire	62
Soins post-opératoires	66
Accidents opératoires	69
CHAPITRE III. — Résultats fournis par l'incision ou la ponction vaginale à la pince-trocart, d'après nos observations	74
Gravité opératoire	74
Résultats immédiats	75
Résultats éloignés.	76
OBSERVATIONS.	81
CONCLUSIONS.	131
